

Université de Montréal

**Les représentations sociales que se font les kinésiologues  
de leur pratique professionnelle**

par

Eric Bilodeau

Département de Kinésiologie

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du  
grade de Maître ès sciences (M.Sc.) en Sciences de l'activité physique

DÉCEMBRE, 2004

© Eric Bilodeau, 2004



GV

201

U54

2005

V.005

## **AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

## **NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les représentations sociales que se font les kinésiologues de leur pratique  
professionnelle

Présenté par :  
Eric Bilodeau

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

**Yvan Girardin**      Président-rapporteur

**Marie-France Daniel**      Directrice de recherche

**Suzanne Laberge**      Membre du jury

## RÉSUMÉ

La kinésiologie est une nouvelle discipline qui s'inscrit dans les sciences de la santé. Ses diverses composantes touchent l'application de l'activité physique. À cause de la diversité de ses manifestations, il importe de définir la pratique et le rôle du kinésiologue, ou du moins les représentations sociales que s'en font les kinésiologues. La représentation sociale est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et participant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.

Cette étude explore les représentations sociales que se font les kinésiologues de leur pratique professionnelle et touche les aspects suivants : la définition de la pratique, les intérêts pour la pratique, l'identité professionnelle et l'éthique professionnelle. Plus précisément, les objectifs de cette étude sont 1) de préciser les représentations sociales que se font les kinésiologues de leur pratique professionnelle et les significations qu'ils accordent à l'éthique et à la déontologie, 2) d'identifier les formes de participation (active ou subie) et d'engagement des kinésiologues quant à leur pratique professionnelle et 3) de décrire comment se manifeste la diversité des conduites des professionnels à l'intérieur d'une même profession (la kinésiologie).

Notre étude s'appuiera sur trois outils de collectes de données : l'association de mots, l'entrevue semi-dirigée et l'entrevue dirigée. Elle compte 9 participants, à savoir 4 étudiants inscrits au programme de premier cycle en kinésiologie et 5 diplômés. La recherche est de nature qualitative et exploratoire. La méthode d'analyse s'inspire de la théorisation ancrée. De plus, les participants ont répondu à un questionnaire socio-démographique qui portait sur certaines caractéristiques personnelles et professionnelles.

Les résultats de nos analyses ont fait émerger 3 catégories de représentations sociales : la première réfère aux avantages sociaux orientés vers soi, la deuxième réfère à la prise en compte et au bien-être d'autrui et la troisième, à la recherche de sens, à l'implication du client et au processus critique. La majorité des participants se situaient dans les deux premières catégories. La troisième demeurant marginale.

### MOTS-CLÉS :

Kinésiologie, Représentations sociales, Pratique professionnelle, Identité professionnelle

## ABSTRACT

Kinesiology, as a new discipline, is subscribing into the health sciences field. Its multiple aims are oriented toward physical activity applications. However, the diversity of its applications accentuate the importance of redefining the role of the kinesiologist and its practice, or at the very least, the social representations of kinesiologists within their professional practice. A social representation is a form of knowledge, socially constructed and shared, that has a practical end. It plays a part in order to elaborate the reality for a social group.

This research explores the social representations of the kinesiologists with respect to their professional practice and is directly related to the following aspects: practice definition and interests, professional identity and professional ethics. Specifically, the objectives of this research are: 1) making precise the social representations of kinesiologists in their professional practice as well as the level of importance they give to professional ethics and deontology, 2) identifying the forms of participation and implication they show in their practice and 3) describe how the diversity of conduct within this field effects the profession of kinesiology.

Our research is based on three different questionnaires : word association, semi-directed interview and directed interview. Moreover, nine participants (four undergraduate students and five graduates from kinesiology programs) have participated in this research. This is a qualitative and exploratory research. The analysis method used is based on grounded theory. Moreover, a socio-demographic questionnaire has been employed to collect information about the participants.

Three social representation categories have emerged from our analysis. The first category refers to self-social advantages, the second refers to understanding the well-being of others and how this knowledge directs treatment, and the third category emphasises empowerment, critical processes and the search for meaning in a professional practice. The majority of the participants were situated in the first two categories. Finally, the third category remains marginal.

### **KEYWORDS :**

Kinesiology, Social representations, Professional practice, Professional identity

## TABLE DES MATIÈRES

PAGE TITRE .....	i
PAGE D'IDENTIFICATION DU JURY.....	ii
RÉSUMÉ.....	iii
ABSTRACT .....	iv
TABLES DES MATIÈRES .....	v
LISTE DES TABLEAUX .....	viii
LISTE DES SIGLES .....	ix
DÉDICACE.....	x
REMERCIEMENTS .....	xi
 INTRODUCTION.....	 1
 CHAPITRE I – PROBLÉMATIQUE .....	 5
1.1 Définition de la kinésiologie .....	6
1.2 Représentations sociales.....	8
1.3 Éthique professionnelle .....	10
1.4 Compétence professionnelle et professionnalisme.....	11
1.5 Déontologie professionnelle.....	12
1.6 Participation – engagement – implication .....	13
1.7 Identité professionnelle .....	15
1.8 Reconnaissance professionnelle .....	16
1.9 Pratique professionnelle .....	17
 CHAPITRE II - CADRE THÉORIQUE .....	 21
2.1 Définition des représentations sociales .....	22
2.2 Pluralités des représentations sociales.....	26
2.3 À propos de la communication.....	27

CHAPITRE III – MÉTHODOLOGIE .....	30
3.1 Méthodologie générale .....	31
3.2 Méthode d'analyse .....	31
3.3 Échantillonnage .....	33
3.4 Outils de collecte de données .....	35
3.4.1 L'association de mots .....	35
3.4.2 Entrevue semi-dirigée .....	36
3.4.3 Entrevue dirigée .....	38
3.4.4 Questionnaire socio-démographique .....	39
3.5 Procédures de collecte des données .....	40
3.5.1 Considérations d'ordre relationnel .....	40
3.5.2 Considérations d'ordre matériel et environnemental .....	41
3.5.3 L'ordre de la conduite des entrevues .....	41
CHAPITRE IV – RÉSULTATS .....	43
4.1 L'association de mots .....	44
4.1.1 Résultats de l'association de mots .....	44
4.1.2 Regroupement des réponses en trois catégories émergeant de l'association de mots .....	53
4.2 Entrevue semi-dirigée .....	58
4.2.1 Résultats de l'entrevue semi-dirigée .....	58
4.2.2 Regroupement des réponses en 3 catégories .....	62
4.3 Entrevue dirigée .....	64
4.3.1 Résultats de l'entrevue dirigée et regroupement en catégories .....	64
CHAPITRE V – DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS .....	80
5.1 Premier objectif de recherche (représentations sociales et éthique professionnelle) .....	81
5.2 Deuxième objectif de recherche (formes de participation et engagement) .....	84
5.3 Troisième objectif de recherche (conduites professionnelles; intérêts, compétences et identité professionnelles) .....	88



CHAPITRE VI – CONCLUSION .....	95
RÉFÉRENCES .....	101
ANNEXES .....	xii
ANNEXE 1 – Formulaire de renseignements aux participants.....	xiii
ANNEXE 2 – Formulaire de consentement .....	xviii
ANNEXE 3 – Guide de l’association de mots .....	xix
ANNEXE 4 – Guide de l’entrevue semi-dirigée.....	xx
ANNEXE 5 – Guide de l’entrevue dirigée.....	xxi
ANNEXE 6 – Caractéristiques socio-démographiques des participants.....	xxiv
ANNEXE 7 – Certificat d’éthique du CÉRSS .....	xxv

## LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Reconnaissance professionnelle (AdeM).....	45
Tableau II : Code de déontologie (AdeM) .....	45
Tableau III : Santé (AdeM) .....	46
Tableau IV : Kinésiologue (AdeM).....	46
Tableau V : Corps (AdeM).....	47
Tableau VI : Éthique professionnelle (AdeM).....	47
Tableau VII : Personne (AdeM).....	48
Tableau VIII : Activité physique (AdeM) .....	48
Tableau IX : Prévention (AdeM).....	49
Tableau X : Compétence professionnelle (AdeM).....	49
Tableau XI : Tâches du kinésiologue (AdeM) .....	50
Tableau XII : Champs professionnels (AdeM) .....	50
Tableau XIII : Caractéristiques d'un kinésiologue compétent (AdeM) .....	51
Tableau XIV : Relations entre la kinésiologie et la santé (AdeM) .....	51
Tableau XV : Relations entre les kinésiologues et les professionnels de la santé (AdeM) .....	52
Tableau XVI : Raisons associées à la reconnaissance professionnelle (AdeM) .....	52
Tableau XVII : Trois catégories pour les associations de mots (AdeM) .....	55
Tableau XVIII : Opinions des participants sur les enjeux de la Loi 90 (ESD) .....	59
Tableau XIX : Utilité ou nuisance de la Loi 90 à la kinésiologie (ESD) .....	62
Tableau XX : Définition de la pratique (ED) .....	65
Tableau XXI : Intérêts pour la pratique professionnelle (ED) .....	68
Tableau XXII : Identité professionnelle (ED).....	71
Tableau XXIII : Éthique professionnelle (ED) .....	76
Tableau XXIV : Répartition des participants selon les thèmes et les catégories (ED).....	79

## LISTE DES SIGLES

AdeM : Association de mots

ED : Entrevue dirigée

ESD : Entrevue semi-dirigée

FKQ : Fédération des kinésiologues du Québec

OPQ : Office des Professions du Québec

## DÉDICACE

Aux membres de ma famille,  
**Josée** (mon idole académique),  
**Hélène** (mon idole de bonté),  
**Viateur** (mon idole de confiance),  
aucun mot pour vous dire combien je vous aime!

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, Marie-France Daniel, pour son soutien, son encadrement, son ouverture d'esprit et pour son authenticité.

Les sujets qui ont participé à cette recherche sont aussi à remercier pour leur dévouement à la cause et leur personnalité si intéressante et leur disponibilité.

Merci à mes collègues des cycles supérieurs et du département! Anne, Barbara, Nat, Marjolaine, Annik, Janie et les autres. Que de belles années en votre compagnie!

Pour leur support, leur joie de vivre et les nombreux séminaires de Gestion des émotions 101 et d'analyse de société, je remercie Julie, Véronique et Mimi Pinson, Amélie et Michou, qui avez été des colocs extraordinaires.

Je voudrais aussi remercier mes chers nautilussiens pour qui j'éprouve tant de respect et d'amour, Lindy, Chrystine, Marie-Joëlle, Noémie, Stéphanie, Ge, Amélie, Jimmy, Mo, Pat et tous les autres. Merci pour tous vos encouragements et votre enthousiasme.

Enfin, un gros merci à tout mon monde de Saint-Damien-de-Buckland et du 418, mes amis Isabelle, Karine, Sylvie, Daniel, Lise, Fred et Lise-Anne, pour votre fidélité et votre aide tant appréciée.

## INTRODUCTION

## INTRODUCTION

La kinésiologie est une discipline nouvelle qui tente de s'inscrire dans le domaine paramédical. Il a été empiriquement démontré (notamment, D'amours, 1988) que l'adoption de bonnes habitudes de vie chez les individus, telle que la pratique régulière d'activités physiques, peut aider à diminuer voire même à enrayer certaines complications liées à des pathologies métaboliques (obésité, hypertension, diabète, cancer du côlon, etc.) ou mécaniques. Par problèmes mécaniques, on entend ces facteurs qui imposent des restrictions aux mouvements naturels du corps. En intervenant sur leur fonctionnement, ces pathologies mécaniques réduisent l'efficacité ou le rendement des articulations, des muscles et des os.

Le système de santé du Québec fait aujourd'hui face à de nombreux problèmes (par exemple : engorgement des hôpitaux). D'un point de vue socio-économique, la pratique régulière d'activités physiques est susceptible de contribuer à la diminution des coûts directs et indirects de santé. Cependant, du côté de la réalité fiscale du système de santé, lors du sommet sur les soins de santé qui s'est tenu à Ottawa en septembre 2004, les ministres des provinces du Canada ont réclamé « un financement annuel de 12 millions \$ (voire jusqu'à 20 millions \$ par année selon une estimation du fédéral) supplémentaires pour les soins de santé. » (Presse Canadienne, 2004) Face à cela, les avantages d'un mode de vie physiquement actif ne sont pas à dédaigner. Ce dernier ne peut qu'apporter des effets bénéfiques à l'individu, au milieu de travail et à la société.

Plusieurs professionnels (médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, kinésiologues, etc.) sont susceptibles de contribuer au traitement d'une même pathologie. L'interdisciplinarité est, entre autres, une modalité de travail de plus en plus préconisée par les professionnels. L'ensemble des tâches des kinésiologues peut apporter une dimension différente et complémentaire quant

aux services offerts aux patients ou aux clients. Cependant, la Loi 90, présentée le 1er mai 2002 et sanctionnée le 14 juin 2002, prévoyait « un nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé [...] » (2002, p. 2) Comme cette loi ne prenait pas en compte la kinésiologie, certaines tâches exécutées par les kinésiolesgues se retrouvaient décrites dans les sections se rapportant à d'autres professionnels de la santé.


Suite aux recommandations de la Loi 90 et à cause du contexte dans lequel évoluent les kinésiolesgues (par exemple : peu de reconnaissance auprès de la population, des professionnels de la santé et des autorités gouvernementales), il importe de faire connaître la kinésiologie. Pour ce faire, il nous paraît pertinent d'étudier les représentations que se font les kinésiolesgues de leur pratique et de leur rôle. Le recours aux représentations sociales nous aidera à mieux cerner les pratiques et les enjeux qui caractérisent les kinésiolesgues, puisque ces pratiques et ces enjeux sont des objets construits par les individus et les groupes.

Le premier chapitre de ce mémoire présente la problématique en regard de la situation des kinésiolesgues au Québec. Cette problématique comprend les différents aspects inhérents à la pratique professionnelle de la kinésiologie.

Le deuxième chapitre présente le cadre théorique (recension des écrits) dans lequel s'inscrit la présente recherche. Ce chapitre concerne les représentations sociales car nous avons choisi de recourir à cet outil pour explorer plus à fond la problématique des kinésiolesgues présentée au chapitre précédent.

Le troisième chapitre concerne la méthodologie utilisée pour ce type de recherche exploratoire. Nous y présenterons notamment l'échantillonnage, les trois outils de collecte de données, les procédures de collecte de données ainsi que la méthode d'analyse qui sera utilisée.





---

C'est dans le quatrième chapitre que les résultats de l'analyse sont présentés.

Le cinquième chapitre propose une discussion et une interprétation des résultats.

Enfin, une conclusion générale est présentée au sixième chapitre. Celle-ci abordera également des pistes de recherche pour l'avenir.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

## CHAPITRE I – PROBLÉMATIQUE

La kinésiologie est une discipline récente reliée au domaine de la santé. Elle peut s'inscrire dans un modèle interdisciplinaire des professionnels de la santé. Parmi toutes les tâches des professionnels de la santé, celles du kinésiologue peuvent apporter une nouvelle dimension quant aux services offerts aux patients ou aux clients. Cette nouvelle dimension est caractérisée par « une approche globale » pour la santé de des personnes qui consultent les kinésiologues (Brochu et Prud'Homme, 1992). Les tâches du kinésiologue sont multiples et touchent, entre autres, l'application de l'activité physique dans un cadre de santé et de mieux-être, l'adoption de saines habitudes de vie, les sports de haut niveau, la réadaptation et la recherche. Même si plusieurs professionnels de la santé ayant chacun leur champ de pratique spécifique s'impliquent au sein d'une équipe interdisciplinaire, la participation de chacun est fondamentale et d'importance égale (Bletchert *et al.*, 1987). Cependant, compte tenu du contexte actuel dans lequel évolue la kinésiologie (i.e. peu de reconnaissance auprès de la population, des professionnels de la santé et des autorités gouvernementales) et aux difficultés d'implantation d'une approche interdisciplinaire, il importe de définir la pratique et le rôle du kinésiologue<sup>1</sup>.

### 1.1 Définition de la kinésiologie

La définition de la kinésiologie n'est pas homogène, notamment en ce qui a trait aux interventions qui y sont reliées. Dans les universités québécoises, l'appellation des départements ou des facultés peut varier (« kinésiologie », « *Exercise science* », « kinanthropologie », « sciences de l'activité physique », etc.) mais les objectifs visés par les programmes de premier cycle sont sensiblement les mêmes (promotion de l'activité physique et des saines habitudes de vie, évaluation de la condition physique et de programmes sportifs,

---

<sup>1</sup> Le genre masculin, dans l'ensemble du document, est utilisé sans discrimination et dans le but d'alléger le texte.

prescription d'exercices ainsi qu'encadrement et intervention auprès d'une population ciblée ou non) et ils s'inscrivent dans l'interdisciplinarité. De façon différente, les programmes universitaires (« *Exercise science* », « *Health and Fitness* », « *Sport science* », etc.) offerts dans les autres provinces canadiennes abordent la kinésiologie plutôt comme une spécialité qui est reliée à la recherche sur le mouvement humain. À titre d'exemple, la Faculté de kinésiologie de l'Université de Calgary (*Calgary University*) propose un programme de baccalauréat en kinésiologie avec spécialisations (*general major, athletic therapy major, biomechanics major, exercise and health physiology major, mind sciences major* ou *pedagogy major*). Du côté anglophone, la kinésiologie est donc plutôt vue comme un champ d'études spécialisé.

Aux États-Unis, on semble privilégier trois orientations. Dans un premier temps, les universités américaines misent davantage sur la notion d'« *Exercise science* » pour identifier le programme au sein duquel un étudiant doit se spécialiser. Tel est le cas pour l'Université de l'État de Floride (*Florida State University*) offrant les spécialisations suivantes : *exercise physiology, fitness and nutrition* et *pre-physical therapy*. Dans un deuxième temps, la kinésiologie en tant que champ de pratique à l'extérieur des institutions universitaires, donc sur le terrain, est vue, selon Neumann (2002, p. xvii), comme « l'étude du mouvement humain, habituellement pratiquée dans les contextes du sport, de l'art et de la médecine. » Quant à Lippert (2000), il définit la kinésiologie comme étant « l'étude du mouvement. » (p.1) Il introduit une nuance en expliquant que « la définition est trop générale pour être utilisée de façon pertinente. La kinésiologie regroupe les champs de l'anatomie, de la physiologie, de la physique et de la géométrie. » (p.1) Une troisième orientation de la kinésiologie, la « kinésiologie appliquée »<sup>2</sup>, apparaît de plus en plus dans les méthodes alternatives. Elle a été popularisée par le Dr Paul Dennison en Californie. Cette méthode fut importée

---

<sup>2</sup> La « kinésiologie appliquée » est un mouvement développé en Europe qui a, par la suite, été exporté aux États-Unis. À noter qu'il ne s'agit pas de la « kinésithérapie » laquelle s'apparente à la physiothérapie telle que nous l'entendons au Québec.

d'Europe à partir de 1981. Depuis quelques années, la « kinésiologie appliquée » a fait son apparition au Québec. Une des applications de la « kinésiologie appliquée » est appelée le *Brain Gym* qui se définit comme une série d'activités et d'exercices simples, amusants et qui apportent de l'énergie (Dennison, Dennison et Teplitz, 2002). Une autre des applications semblerait allier les notions traditionnelles orientales de courant énergétique (acupression et acupuncture) avec les techniques occidentales modernes (test musculaire). Selon Holdway (2000, p. 37), les objectifs de ce courant visent à aider, entre autres, « les douleurs et gênes diverses, les troubles digestifs, [...] les allergies et les dépendances » pour n'en citer que quelques-uns. Holdway<sup>3</sup> (2000, p.13) définit la « kinésiologie appliquée » comme suit : « ce terme [...] désigne un système naturel de santé basé sur le test manuel des muscles effectué par un thérapeute. » Comme le souligne Guyard (2001, p. 9), « la kinésiologie relationnelle concerne toutes les relations interpersonnelles » c'est-à-dire que ce type de kinésiologie vise surtout la libération du stress ainsi que l'expansion de la conscience de soi en identifiant le trait prioritaire qui conditionne la vie de chacun. En somme, il existe différentes pratiques et conceptions de la kinésiologie.

## 1.2 Représentations sociales

Étant donné la diversité des orientations universitaires, des pratiques et des composantes inhérentes à la kinésiologie, des représentations variées sont susceptibles de se construire chez les futurs kinésioles par rapport à leur propre pratique professionnelle. Comme le souligne Blin (1997, p. 79), « les milieux professionnels sont générateurs de représentations spécifiques. » En fait, selon Giroux et Garnier (2001, p. 134), Blin (1997) soutiendrait que « les conceptions du soi professionnel s'articuleraient aux représentations des objets importants et des éléments du contexte de la pratique pour constituer un réseau de représentations qui serait activé en situation d'interactions professionnelles. »

<sup>3</sup> Il est à noter qu'aucun des auteurs abordant la « kinésiologie appliquée » n'a soumis d'articles auprès de périodiques scientifiques avec arbitrage par les pairs. Les ouvrages consultés dans le cadre de cette section sont des livres faisant la promotion de ce type de kinésiologie afin de démontrer la diversité que peut représenter cette pratique.

Cela dénote l'importance des interactions entre les professionnels d'une même discipline et des contextes de pratique afin de poursuivre leur cheminement professionnel.

Le recours à la théorie des représentations sociales pour étudier la construction des modèles professionnels et l'évolution des représentations au cours du processus de professionnalisation est très approprié. En effet, selon Schoenfeld (1999, p. 5), la perspective théorique des représentations est susceptible d'intégrer et d'unifier le social et le cognitif des représentations en plus d'être « une condition essentielle à la compréhension des pratiques professionnelles complexes. » Giroux et Garnier (2001, p. 134) soulignent que, selon le système sociocognitif contextualisé d'Abric (1994), les représentations sociales se sont classiquement vu attribuer quatre fonctions que l'on peut aisément relier au processus de professionnalisation : 1) une fonction cognitive (incluant valeurs personnelles, valeurs professionnelles et connaissances disciplinaires), 2) une fonction identitaire (incluant l'émergence et le maintien de l'identité sociale ainsi que la construction de l'identité professionnelle), 3) des fonctions d'orientation et de guidage (incluant les dimensions normatives et descriptives associées aux comportements et aux pratiques) et 4) des fonctions justificatrices (incluant les prises de position et les comportements collectifs et individuels dans l'exercice professionnel).

De leur côté, Bataille *et al.* (1997, p. 60) abordent l'importance des représentations sociales et de la communication dans la pratique professionnelle en soulignant le fait qu'un acteur social agissant comme professionnel scientifique soit « capable d'activer soit une représentation sociale soit une théorie scientifique selon le contexte d'interlocution » lorsqu'il échange à propos de son champ de pratique avec un autre individu. L'importance de la pratique quotidienne et des interactions est résumée chez Blin (1997, p. 80) lorsqu'il mentionne que « les représentations professionnelles sont des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelles [...] et sont

spécifiées par les contextes, les acteurs appartenant à des groupes et les objets pertinents et utiles pour l'exercice des activités professionnelles. »

Afin d'approfondir cette relation entre les représentations sociales et les pratiques professionnelles, nous traiterons maintenant plus en détail de la pratique professionnelle. Plus précisément, nous mettrons l'accent sur l'éthique professionnelle pour mieux comprendre les attitudes qui sont reliées à la pratique professionnelle et les représentations qui y sont sous-jacentes.

L'éthique est un domaine de la philosophie comprenant certains aspects tels l'éthique professionnelle, la déontologie, les chartes de valeurs ou les philosophies d'entreprises. Selon Legault (2001, p. 42), ces aspects agissent vers un même but, à savoir l'éthique professionnelle, « en proposant un idéal de pratique et en cherchant à guider les actions. » Il importe de distinguer l'éthique professionnelle (section 1.3) du professionnalisme ou de la compétence professionnelle (section 1.4) et de la déontologie professionnelle (section 1.5)

### **1.3 Éthique professionnelle**

L'éthique professionnelle fait non seulement référence aux valeurs fondamentales retenues par les professionnels pour les guider dans leur pratique, mais également aux connaissances et aux savoirs qui cautionnent la compétence professionnelle nécessaire à la protection du public. La protection du public sous-tend des principes de base en éthique, par exemple : le respect de la dignité de la personne, le respect de son intégrité et de sa liberté, les progrès de la science combinés au pluralisme moral et culturel, l'exigence accrue d'une formation de base et d'une continuelle mise à jour (Collège des médecins du Québec, 1998, p. 23).

Ces principes de base peuvent également s'appliquer à la kinésiologie. Outre la protection du public, des valeurs éthiques solides véhiculées par cette discipline pourraient avoir des répercussions telles une meilleure acceptation sociale et une reconnaissance publique de la kinésiologie. Le Boterf (2002, p. 25) explique que

« l'acceptation sociale des critères de qualification résulte d'une négociation et dépend des rapports de force existants entre les partenaires sociaux. » Les partenaires sociaux sont le client et les professionnels de la santé. Voyons maintenant comment ces rapports de forces entre les partenaires sociaux peuvent être réalisés dans la compétence.

#### **1.4 Compétence professionnelle et professionnalisme**

Dans le cadre de l'éthique professionnelle, les concepts de compétence professionnelle et de professionnalisme occupent une place de choix. Tout d'abord, Legault (2001, p. 41) définit le professionnalisme par « l'univers de *ce qui devrait être* et non de ce qui est. » Ainsi, le professionnalisme s'inscrit dans un idéal visé (versus actualisé) ; il présuppose le jugement éthique.

Ensuite, le professionnalisme se distingue de l'exercice d'un métier du fait que son fondement se trouve dans une relation de service. « On peut également faire l'hypothèse que la notion de profession tend à se distinguer de celle du métier par l'exigence de relation qu'elle suppose avec un client. » (Le Boterf, 2002, p. 26) La notion de relation avec autrui et la qualité de cette dernière priment de plus en plus dans les pratiques professionnelles.

Puis, la profession est caractérisée, selon Raffi (1988), par un savoir-faire et un savoir, la pratique empruntant un savoir théorique ainsi qu'un vocabulaire et des références aux sciences.

Bref, jugement éthique, relation de service et connaissances théoriques sont reliés à la compétence professionnelle (Le Boterf, 2002, p. 28 ; Legault, 2001, p. 17). L'ensemble de ces atouts se manifeste dans le jugement autonome (Legault, 2001).



### 1.5 Déontologie professionnelle

Alors que l'éthique professionnelle renvoie aux valeurs fondamentales de la personne (dignité, respect, liberté, etc.), la déontologie professionnelle est plutôt orientée vers les obligations et les devoirs des professionnels envers le public, les clients et la profession elle-même. En effet, Canto-Sperber (1999, p. 104) affirme que «ces devoirs sont de plus considérés comme visant à défendre les intérêts, les droits, les biens des individus non professionnels impliqués dans cette pratique [...]». Certains autres de ces devoirs sont définis de manière plutôt intrinsèque et représentent alors les conditions qu'il faut respecter pour maintenir l'intégrité d'une pratique (Canto-Sperber, 1999).

Du côté des fondements de la déontologie, O'Neil (1977, p. 141) se rapproche des éthiciens en affirmant qu'«on réfère aux moyens utilisés pour rendre efficaces dans leur application les principes moraux dont s'inspirent les professionnels [...]». Le fondement en tant que tel inclut un rapport aux valeurs premières et donc aux postulats de base de toute éthique. Ces postulats s'exprimeraient par exemple par des morales naturelles ou des devoirs provenant d'une tradition dans laquelle l'acteur social fût élevé. Un professionnel pourra alors faire valoir que le code de déontologie se compare pour lui au «gros bon sens» ou au «sens moral commun ». De plus, nous pouvons également associer le code à la connexion entre les normes fondamentales et leur aboutissement concret. C'est dans une situation concrète que l'individu professionnel activera sa *conscience professionnelle*. O'Neil (1977, p. 142) définit la conscience professionnelle comme étant «l'intériorisation des normes objectives communément reconnues, grâce à l'appui des traditions, des impératifs sociaux, de l'éducation reçue dans la famille et dans certaines institutions [...]». Selon cette pensée, les codes, la discipline et les sanctions ne sont que supplétives à cette morale de base. Pour juger de l'efficacité d'un code, nous devons alors nous rappeler qu'il s'adresse à des acteurs sociaux éduqués dans une tradition morale particulière. La plupart du temps, l'individu devient imprégné des valeurs fondamentales et agit donc de bonne manière, sans avoir besoin de sanction.

En résumé, le manque d'homogénéité dans les différentes définitions de la kinésiologie, la pertinence de l'utilisation des représentations sociales pour explorer les pratiques professionnelles ainsi que l'importance de l'éthique et de la déontologie pour une profession nous ont mené au premier objectif de recherche :

*Préciser les représentations sociales que les kinésologues se font de leur pratique professionnelle et les significations qu'ils accordent à l'éthique et à la déontologie.*

### **1.6 Participation - engagement - implication**

La manière qu'ont les professionnels d'exercer leur profession ou leur « participation » à l'évolution de cette profession permet de mieux comprendre comment le groupe social (la profession) fonctionne. Meister (1974, p. 81) précise les facteurs de la participation en soulignant qu'il y aurait « un plus grand nombre d'associations et un plus haut degré de participation chez les individus et dans les groupes créés ou développés par le changement social. » Selon ce même auteur, trois lignes directrices se dessinent : 1) plus l'occupation est nouvelle plus la participation sociale est forte, 2) moins l'occupation est manuelle plus la participation est forte et 3) plus la profession est indépendante, plus les membres participent. Moscovici et Doise (1992, p. 34) expliquent cette participation comme ceci : « Tout le monde participe et s'engage d'autant plus que la tâche devient significative aux yeux de chacun. » La participation semble donc être reliée à la signification que la tâche revêt pour chacun.

Bataille explique les trois voies du verbe « impliquer » comme suit :

1) à la voix active, impliquer « dénote les formes d'exercice de l'engagement de façon à ce qu'un individu ou un groupe s'emploie à faire participer un autre individu ou un autre groupe. »

2) à la voix passive, être impliqué marque « l'action subie par le sujet »; il signifie « suivre le mouvement [...] se trouver engagé dans... »

3) à la voix pronominale, s'impliquer suppose « l'engagement délibéré, volontaire et réfléchi, celui du sujet « constructiviste », acteur-auteur de sa conduite. » (Bataille, 2000, p. 173)

La participation au sein d'un groupe est caractérisée par la socialisation et la communication. En effet, il importe que chacun des individus formant un groupe communique et s'implique pour que s'actualisent certaines représentations sociales par rapport à la pratique professionnelle. Bataille (2000, p. 171) note « l'inséparabilité du processus de représentation et du processus de communication. »

L'implication et l'engagement devraient être valorisés au sein d'une corporation professionnelle. Baba (1989) précise que le *job involvement* peut se définir comme l'identification psychologique avec le travail. Alors le travail est vu comme une contribution à l'estime de quelqu'un. Lejeune (1989, p. 11) indique que « les gens pour qui le travail est une valeur centrale seraient fortement impliqués. » Cela dit, les pratiquants d'une profession peuvent présenter diverses intensités d'implication et d'engagement dans leur occupation. Comme l'indiquent Moscovici et Doise (1992, p. 92), la participation consensuelle (par opposition à la participation normalisée « où l'accès des membres du groupe à la discussion et au consensus est réglé par la hiérarchie ») augmente le degré d'implication collective.

Meister (1974, p. 87) ajoute que « la participation varie avec le prestige non acquis (par exemple, l'ancienneté de l'employé au poste occupé), tantôt avec le prestige accumulé et transmis (la fortune), tantôt avec le prestige non transmissible (*leadership* dans les associations). » Cela indique qu'un déterminant de la participation pourrait être la recherche du prestige. Tout comme le souligne Meister (1974, p. 87), deux hypothèses peuvent être

développées : 1) « plus les individus sont affectés par le changement social, plus ils cherchent le prestige social donné par les associations » et 2) « plus l'aspiration à un prestige social est forte, plus est fort le degré de participation dans les associations. »

Finalement, les situations sociales caractérisées par le changement ou la désorganisation influencent également la participation et l'engagement des individus. À cet effet, Meister (1974) retient les quatre points suivants : 1) le changement social et la modernisation désorganisent et même détruisent les cadres de la sociabilité des individus, 2) les associations sont des cadres et des moyens pour les individus et les groupes de manifester leur sociabilité, 3) le changement social n'affecte pas tous les individus et tous les groupes sociaux avec la même intensité et 4) les individus et les groupes qui ressentent le plus intensément le changement social créent davantage d'associations et y participent davantage.

L'importance et la diversité des facteurs dans la participation et l'engagement des individus à l'intérieur d'une profession nous a mené à un deuxième objectif de recherche :

*Identifier les formes de participation (active ou subie) et d'engagement des kinésioles quant à leur pratique professionnelle en lien avec les applications possibles des représentations sociales.*

### **1.7 Identité professionnelle**

Confrontés à de multiples définitions de leur profession, certains kinésioles se questionnent quant à ce qu'ils sont et à ce qu'ils souhaitent devenir, et ce, même pendant leur programme de formation. Obin (1995) explique que l'identité professionnelle ne se réduit pas à une identité personnelle, c'est une identité collective qui s'ancre dans des représentations et des pratiques qui dépendent elles-mêmes du milieu dans lequel on exerce.

Comme le soulignait Segall (1988, p. 87), les étudiants inscrits à des programmes de formation universitaire développent de nouvelles facettes de leur personnalité « tout en devenant une sorte de personne restructurée voyant le monde avec une perspective particulière et accordant plus d'importance et de signification à certaines expériences qu'à d'autres. » Ces étudiants se forment donc une identité propre à leur profession, caractérisée par des enjeux et des situations sociales distinctes. En effet, Moliner (2000, p. 79) explique qu'« il est raisonnable de s'attendre à ce que ce type de groupes [professeurs et étudiants] fonde une partie de leurs identités sociales autour de la pratique des études. » Il importe également de souligner que Legault (1998) se penche sur l'influence de la formation universitaire sur la construction de l'identité professionnelle chez les étudiants en médecine. Selon ce dernier, les étudiants changent leur conception de la pratique professionnelle de façon progressive au cours des quatre années de formation. Legault (1998, p. 5) souligne qu'« on reconnaît un étudiant de première année à l'importance qu'il accorde aux aspects humanitaires. [...] Après deux ou trois ans, l'étudiant accorde plus d'importance au savoir-faire (la compétence). »

### **1.8 Reconnaissance professionnelle**

Plusieurs facteurs contribuent à la reconnaissance professionnelle. Comme la kinésiologie est une discipline assez récente, cette dernière n'a que très peu d'histoire socialement connue et partagée et, ce faisant, peu de reconnaissance. La construction d'une reconnaissance professionnelle s'élabore par le biais de certains facteurs comme la rémunération équitable. Dubar et Tripier (1998, p. 54) rappellent que « tous les emplois doivent être rémunérés en fonction de la qualité du travail correspondant : une longue éducation améliore la qualité du travail de celui qui en bénéficie et accroît le prix du travail parce qu'il en augmente la valeur [...]. » La qualité du travail rendu et le niveau d'éducation semblent être directement reliés au degré de rémunération des pratiquants. Blin (1997) met l'accent sur l'importance de la formation et du savoir expérientiel dans l'acquisition d'une qualité de travail. Par contre, la qualité du travail n'est pas

toujours assurée, ce qui peut avoir des répercussions sur la reconnaissance de la profession.

La reconnaissance par l'État joue un rôle non négligeable dans la reconnaissance professionnelle. Dussault (1989, p. 111) affirme que «la loi reconnaît le statut de profession à quarante occupations des domaines de la santé, du droit et de l'administration. Autant d'occupations revendiquent ce statut et les privilèges qui l'accompagnent.» Le discours des aspirants s'articule la plupart de temps autour du concept des bénéfices pouvant être assurés au public par leur profession (i.e. protection du public).<sup>4</sup>

### **1.9 Pratique professionnelle**

L'importance du concept de la « pratique » professionnelle n'est pas à négliger. Ce concept englobe plusieurs dimensions (structures, modèles d'actions professionnelles, etc.) et nous en prenons compte chez Bourdieu (1972, p. 175) lorsqu'il souligne que les pratiques sont une construction d'un « système des dispositions structurées et structurantes » qui se constitue dans la pratique et qui est toujours orienté vers des fonctions pratiques. C'est donc par l'expérience professionnelle que les kinésioles et autres professionnels de la santé sont en mesure de développer une pratique adaptée aux besoins actuels de leur propre discipline. En effet, il existe souvent un écart entre la réalité du terrain et les contenus théoriques enseignés dans les programmes de formation universitaire. Teiger (1993, p. 311) souligne que « l'interaction entre leurs connaissances empiriques et les connaissances « scientifiques » des spécialistes [de terrain] permet un travail de déconstruction-reconstruction des représentations qui aboutit à un changement de regard sur le contenu de l'expérience [...]. »

La pratique professionnelle peut se construire au fil des années de formation et d'expérience mais il reste néanmoins que certains professionnels vont agir de

---

<sup>4</sup> Au printemps 2004, la Fédération des kinésioles du Québec (FKQ) en sera à sa deuxième demande de professionnalisation auprès de l'Office des Professions du Québec (OPQ).

manière différente auprès du client même si leur pratique suppose les mêmes interactions que leurs collègues. Giroux et Garnier (2001) explorent différents modèles de pratique professionnelle et indiquent que l'évolution d'une profession suppose des changements de représentations et ainsi de pratiques pour des étudiants et des diplômés. En regard de la profession infirmière, ces deux auteurs (2001, p. 136) expliquent qu'elle « est marquée par trois principaux modèles professionnels [...] fréquemment retrouvés dans les écrits des leaders de la discipline [...] ». Les trois modèles professionnels (2001, p. 137) sont :

- 1) le « modèle biomédical » qui est défini comme un modèle où la personne est considérée comme un être physiologique et dans lequel les soins infirmiers se font dans une perspective de guérison.
- 2) le « modèle biopsychosocial » qui fait référence à un modèle où la personne est considérée comme un être biopsychosocial et dans lequel les soins infirmiers se font dans une perspective de prendre soin.
- 3) le « modèle d'autonomisation » qui est expliqué comme un modèle où la personne est considérée comme un être capable d'auto-soins et dans lequel les soins infirmiers se font dans une perspective d'éduquer en vue d'une plus grande autonomie.

L'appellation des modèles professionnels peut varier, mais l'essence demeure similaire. Par exemple, le Collège des Médecins du Québec (1998) utilise, entre autres, les termes suivants : le clinicien expert du diagnostic et du traitement, le professionnel humaniste, le communicateur efficace et le gestionnaire.

Nous sommes arrivé à un troisième objectif de recherche :

*Expliquer comment se manifeste la diversité des conduites des professionnels à l'intérieur d'une même profession (la kinésiologie).*

## **But et objectifs de l'étude**

### *But de l'étude*

Cette étude a pour but d'explorer et de mieux comprendre les représentations sociales que les kinésiolesgues se font de leur pratique professionnelle. Il s'agit donc d'une recherche inductrice visant à fournir des pistes d'investigation pour des recherches ultérieures.

### *Objectifs de recherche*

Nous regroupons ici les objectifs de cette étude.

1. Préciser les représentations sociales (Moscovici 1961 /1976) que les kinésiolesgues se font de leur pratique professionnelle et les significations qu'ils accordent à l'éthique et à la déontologie. Les questions se rapporteront ici aux connaissances que les kinésiolesgues ont de leurs codes d'éthique et de déontologie, à l'importance qu'ils accordent à ces codes ainsi qu'à leur perception des compétences requises pour être un professionnel à part entière.
2. Identifier les formes de participation (active ou subie) et d'engagement des kinésiolesgues quant à leur pratique professionnelle en lien avec les applications possibles des représentations sociales. Cet objectif vise surtout à explorer les relations que les kinésiolesgues entretiennent avec les autres professionnels de la santé et vérifier s'ils estiment que ces relations ont une incidence sur le statut actuel de la kinésiolelogie. Il importe de s'interroger sur l'importance que les kinésiolesgues attribuent aux interactions avec les autres professionnels en ce qui a trait à leur position et à leur reconnaissance sociale. Par exemple, leurs interactions sociales influencent-elles leur niveau d'engagement professionnel et leur degré de participation à la profession?
3. Décrire comment se manifeste la diversité des conduites des professionnels à l'intérieur d'une même profession (la kinésiolelogie). Cet objectif concerne les



motivations qui poussent les kinésiologues à choisir d'étudier et de pratiquer cette profession et leur perception des compétences requises pour être un professionnel à part entière.

## CHAPITRE II

### CADRE THÉORIQUE

## CHAPITRE II – CADRE THÉORIQUE

### 2.1 Définition des représentations sociales

À la fin du 19<sup>e</sup> siècle, les « représentations collectives » en tant qu'objets scientifiques sont étudiées par Durkheim. (Daniel *et al.*, 2005) Plusieurs auteurs dont Vovelle, Foucault, Vigarello et même Piaget ont eu recours, par la suite, aux représentations comme objet d'étude scientifique.

Dans le domaine de la psychologie sociale, Moscovici (1961 / 1976) a été le premier à établir la notion de « représentation sociale » en tant que concept scientifique pouvant être abordé par une méthode d'analyse spécifique à son exploration. À sa suite, Jodelet (1989) réfère aux représentations sociales comme objets d'étude et fait remarquer la complexité des composantes de ces dernières. Parfois étudiées de manière isolée, ces composantes pourraient, entre autres, s'énumérer comme suit : éléments informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, croyances, valeurs, attitudes, opinions, images, etc. La communauté scientifique s'accorde pour dire que la représentation sociale est une « forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. » (Jodelet, 1989, p. 36)

L'étude des représentations sociales éclaire maintenant les champs d'étude reliés aux interactions sociales. Cet élément (les interactions sociales) est souligné par Bataille *et al.* (1997) lorsqu'il aborde des auteurs tels que F. Lorenzi-Cioldi, J.-M. Monteil, C. Guimelli et D. Jacobi et M. Gilly par rapport à la spécificité des représentations. En effet, la spécificité des représentations sera conséquente de la nature sociale des sujets et des caractéristiques de la situation d'interaction.

Dans les interactions, c'est tout le système des représentations sociales, régissant les relations au monde et les interactions avec les autres, qui oriente et organise les conduites et les communications des individus. Une représentation sociale se manifeste dans la diffusion des connaissances (qui est l'une des composantes des

interactions sociales), du développement individuel et collectif, de la définition des identités personnelles et collectives, des expériences de groupe et des transformations sociales. Selon Jodelet (1989), l'individu s'approprie alors la réalité extérieure et la fait sienne à partir de ses propres caractéristiques psychologiques et sociales.

Le monde qui nous entoure se constitue d'objets, de personnes, d'événements et d'idées parfois consensuels ou parfois conflictuels. Ces éléments (objets, personnes, événements et idées) poussent les individus à comprendre ce monde, à le gérer ou à l'affronter. Comme l'affirment Carugati et Selleri (2000, p. 2), les représentations sociales « ont pour fonction de négocier du point de vue sociocognitif les relations multiples qu'entretiennent l'individu et la société. » Nous pouvons alors mieux comprendre le rôle et l'importance des représentations sociales dans les interactions entre les individus.

Cependant, pour Moscovici (1961 / 1976), ce ne sont pas tous les éléments qui peuvent être considérés comme objets de représentations sociales. Il propose trois conditions :

- 1) la dispersion de l'information (transmission indirecte du savoir et distorsion);
- 2) la focalisation (intérêt d'un groupe pour seulement certains aspects de l'objet);
- 3) la pression à l'inférence (développer des conduites et propos au sujet de l'objet mal connu, inférer pour combler les zones d'incertitudes).

Selon Moliner (1993), il s'agit là de trois conditions nécessaires mais non suffisantes pour l'émergence d'une représentation sociale. À cet effet, il pose quatre questions : *Quels objets de représentation? Pour quels groupes? Avec quels enjeux? Par rapport à qui?*

Voyons maintenant, à partir des quatre questions évoquées par Moliner (1993), comment la pratique professionnelle des kinésiolesgues peut être considérée comme un objet de représentations sociales.

### *Quels objets de représentation?*

Tout d'abord, les travaux scientifiques présentent les représentations sociales comme un moyen d'explorer 1) les pratiques et les situations sociales, 2) les phénomènes naturels et les objets physiques et 3) les productions humaines (essentiellement intellectuelles). L'étude présentée ici réfère au premier champ soit des travaux sur les pratiques et les situations sociales. En effet, la pratique de la kinésioleologie présuppose une panoplie de situations sociales dans lesquelles les pratiquants d'une profession se représentent des objets polymorphes (identité professionnelle, relations interprofessionnelles, statut social, etc.) De plus, les représentations que se font les kinésioleologies en regard de leur pratique professionnelle diffèrent des représentations que s'en font d'autres individus (la population québécoise, autres professionnels de la santé, le gouvernement, etc.).

### *Pour quels groupes?*

Selon Jodelet (1989, p. 32), les représentations sociales sont omniprésentes « dans les discours, véhiculées dans les messages et images médiatiques, cristallisées dans les conduites et les agencements matériels ou spatiaux. » De la même manière, Bataille (2000, p. 172) explique que « la représentation ne se propage pas au sens quasi épidémiologique (elle ne s'attrape pas, comme on « attrape » la grippe), elle est construite par internalisation et par appropriation. » Cette internalisation et appropriation se produisent généralement à l'aide d'interactions sociales à l'intérieur d'un groupe d'individu défini. Les kinésioleologies peuvent être considérés comme l'un de ces groupes. En effet, comme toutes les disciplines professionnelles, la kinésioleologie est en constante évolution et les kinésioleologies forment un groupe qui doit faire face à de nouveaux objets concernant leur pratique.

### *Avec quels enjeux?*

Lorsqu'il y a irruption d'une nouveauté dans un domaine, par exemple la sanction de la Loi 90, le manque d'information et l'incertitude de la science favorisent la montée de représentations circulant de bouche à oreille ou d'un support médiatique à un autre. Des mots reliés à ces nouvelles représentations se forgent et présentent un fort pouvoir d'évocation. Tous ces processus d'influence sont des facteurs déterminants dans la construction de représentations sociales.

Il devient donc possible de fonder des concepts, des éléments théoriques et des représentations «spontanés» avec des mots désignant des circonstances nouvelles. Se développent alors des définitions partagées par les membres d'un même groupe. Ces définitions, développées par rapport à leur réalité sociale, affectent grandement les enjeux auxquels les membres (en l'occurrence, les kinésiologues) font face dans leur pratique professionnelle.

Moliner (1993) mentionne que les enjeux de ce processus sont de deux ordres : *l'identité et la cohésion sociale*. Tout d'abord, par rapport à l'identité sociale, chacun des membres d'un même groupe peut générer des idées et donc des représentations variées. La place qu'un membre occupe dans ce groupe, son statut social ou les fonctions qu'il remplit, détermine «les contenus représentationnels et leur organisation via le rapport idéologique que cette personne a avec le monde. » (Jodelet, 1989, p. 50) Lorsqu'il décide de partager une idée, un langage, ce membre affirme son identité sociale par rapport à ce groupe. Ensuite, la cohésion sociale se manifeste par l'action d'un membre qui affirme un lien et une certaine appartenance au groupe auquel il réfère. Jodelet (1989, p. 51) affirme que «l'adhésion collective contribue à l'établissement et au renforcement du lien social.» Le groupe se distingue alors des autres groupes par ses lignes de pensées et ses dynamiques propres. Cela dit, les enjeux externes au groupe (par exemple : la Loi 90 et la vision que les autres professionnels de la santé ont de la kinésiologie) peuvent être influencés par l'expression de l'individualité de chacun des membres de la profession. Bref, l'individu

influence les représentations sociales du groupe et, réciproquement, le groupe influence le développement des représentations de ses membres.

### *Par rapport à qui?*

Les représentations sociales de chacun des groupes sociaux (kinésioles, population, autres professionnels de la santé et gouvernement) peuvent entrer en conflit les unes avec les autres; il s'agit là, selon Jodelet (1989, p. 35) « des fonctions et de la dynamique sociale des représentations. » La kinésiole propose des pratiques différentes dans le domaine de la santé et comporte des spécificités auxquelles les autres professionnels de la santé, le gouvernement et le public sont de plus en plus confrontés. La pratique professionnelle de la kinésiole met donc en relation (peut-être même en confrontation) les représentations sociales des groupes de professionnels et d'individus.

Dans le cadre de cette étude, nous étudierons les représentations sociales des kinésioles seulement, mais dans leur relation avec les autres professionnels. En somme, étudier la pratique professionnelle des kinésioles comporte effectivement un objet de représentations sociales car il présente une réponse viable à chacune des quatre questions présentées par Moliner (1993).

Regardons maintenant la complexité de l'étude des représentations sociales due à la polysémie de ces dernières.

## **2.2 Pluralité des représentations sociales**

Selon Jodelet (1989), une représentation sociale est basée sur un objet précis mais elle évolue avec les individus qui la véhiculent et qui ne partagent pas toujours la même idée. Doise (1985, p. 243) aborde également le concept de pluralité des représentations sociales en y introduisant la provenance d'une représentation lorsqu'il mentionne qu'«elle se trouve au carrefour d'une série de concepts sociologiques et d'une série de concepts psychologiques.» Il souligne que ce carrefour peut présenter une faible précision quant à ce qui le caractérise et quant

à ses limites. Les multiples disciplines et leurs chercheurs peuvent converger vers ce carrefour tout en croyant pourtant aller dans des directions opposées. Doise aborde ainsi la polysémie de la représentation sociale, qui désigne un grand nombre de phénomènes et de processus. La pluralité des approches et des significations de la représentation sociale la caractérise donc comme un instrument de travail difficile à manipuler.

De son côté, Blin (1997, p. 69) précise l'aspect positif de la pluralité des représentations sociales en mentionnant que « le caractère pluridimensionnel de la théorie des représentations sociales en fait une structure de sens pertinente pour interpréter la complexité des situations sociales. » Doise (1985, p. 245) met aussi l'accent sur cet aspect positif concernant l'avancement de la recherche à partir des représentations sociales. Abordant le caractère pluridimensionnel et varié des représentations sociales, il explique qu'une approche réductionniste n'utilisant que des paramètres issus de la psychologie ou de la sociologie n'aiderait pas à mener à bon terme l'étude ayant comme objet de recherche la représentation sociale. En effet, cela ne ferait qu'enlever à la représentation sociale sa fonction d'articulation de différents systèmes explicatifs qu'ils présentent entre eux.

### **2.3 À propos de la communication...**

Doise (1985, p. 252) établit un parallèle entre la pluralité des représentations sociales et la communication. En effet, la pluralité d'une représentation peut également se manifester au niveau de l'individu lui-même et dans la communication que ce dernier entretient.

Jodelet (1989, p. 47), en expliquant le rôle de la communication dans le développement des représentations sociales, renvoie à des phénomènes d'influence et d'appartenance sociale qui importent dans la construction d'une pensée sociale. Plus précisément, selon Moscovici (1961 / 1976), la construction d'une pensée sociale se manifeste dans la communication à partir de quatre principes : la dichotomie, l'assimilation, l'adaptation et la syncrasie. Selon Doise



(1985, p. 251), ces principes organisent les prises de position qui « s'effectuent dans des rapports de communication » et qui « concernent tout objet de connaissance revêtant une importance dans les rapports qui relient les agents sociaux. »

Moscovici (1961 / 1976) classifie la communication entre les agents sociaux en trois niveaux : la diffusion, la propagation et la propagande. Selon Jodelet (1989, p. 47), « la diffusion est mise en rapport avec la formation des opinions, la propagation avec celle des attitudes et la propagande avec celle des stéréotypes. » La communication sociale sert alors de lien et de détermination des représentations et de la pensée sociale. Schurmans et Seferdjeli (2000, p. 106) mentionnent « que toute communication se fait dans le cadre d'une interaction où les représentations de soi et les représentations de l'interlocuteur sont dans un rapport constant de négociation. » Selon Jodelet (1989), l'individu s'approprie alors la réalité extérieure et élabore psychologiquement et socialement cette réalité. De cette façon, il est possible que les kinésiologues utilisent une partie de la réalité extérieure, entre autres, la perception de la population et des autres professionnels, pour construire leurs propres représentations sociales. De plus, les kinésiologues construisent également leurs représentations sociales à partir des rapports relationnels qu'ils ont entre eux. En effet, Doise (1985, p. 243) affirme que la représentation sociale est, au même titre que tout savoir, incorporée dans une situation relationnelle. C'est-à-dire qu'elle résulte, entre autres, d'une coordination de points de vue et d'une intersection de nombreuses définitions. La régulation des rapports entre les divers acteurs sociaux se base souvent sur la communication.

Finalement, la communication peut se trouver influencée par la nouveauté. Cette nouveauté provoquera possiblement l'arrivée de nouveaux objets de représentations. Jodelet (1989, p. 51) parle même des « défenses mobilisées par l'irruption de la nouveauté. » Cette notion de nouveauté nous interpelle car elle concerne l'acception et l'inclusion du kinésiologue dans les équipes

interdisciplinaires alors que les chasses gardées des principaux acteurs déjà présents sont de plus en plus revendiquées.

En résumé, la pratique professionnelle de la kinésiologie semble offrir matière à certaines représentations sociales chez ses pratiquants. En effet, cette pratique professionnelle peut être considérée comme un objet de représentations car elle répond aux quatre questions évoquées par Moliner (1993). De plus, la pluralité des représentations manifestées par cet objet est caractérisée par la polysémie des définitions et des prises de positions des différents membres d'un groupe (en l'occurrence, les membres d'une profession). Finalement, c'est à partir de la communication entre les membres de ce même groupe qu'évolueront les représentations sociales qu'ils se font de leur propre pratique professionnelle.

## CHAPITRE III

## MÉTHODOLOGIE

## CHAPITRE III – MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous présentons la méthodologie générale puis la méthode d'analyse que nous avons utilisée. Finalement, nous décrivons les outils de collecte de données ainsi que les procédures qui y sont reliées.

### 3.1 Méthodologie générale

Cette étude en est une de type qualitatif. Selon Poupart (1997, p. 174), la démarche qualitative est « indispensable à une juste appréhension et compréhension des conduites sociales. » Pour mieux comprendre et cerner la situation actuelle de la kinésiologie, nous jugeons nécessaire d'explorer de façon qualitative la perspective des acteurs sociaux visés par cette recherche, c'est-à-dire des kinésiologues étudiants et diplômés. Le choix des outils de cette étude nous permettra d'éclairer les représentations sociales que se font les kinésiologues, de les décrire et de les interpréter.

### 3.2 Méthode d'analyse

L'analyse des données s'inscrit dans l'approche de la théorisation ancrée mise de l'avant par Glaser et Strauss (1967). Cette démarche analytique mène principalement à l'élaboration d'éléments théoriques par rapport aux représentations que les kinésiologues se font de leur pratique professionnelle. Comme le mentionne Laperrière (1997, p. 309), « les cas empiriquement observés n'y sont pas considérés pour eux-mêmes, mais comme des instances du phénomène social observé. » De plus, selon Glaser et Strauss (1967, p. 30), le but de l'analyse « n'est pas de pourvoir une description parfaite d'un domaine mais plutôt de développer une théorie qui tienne compte, pour la plupart, des comportements appropriés. » Afin de générer une théorie, ou du moins de fournir des indices théoriques, nous avons observé des éléments pouvant conduire à une description et une compréhension des représentations des kinésiologues considérant les changements, les processus et la complexité du réel. La méthode

comparative est au cœur de notre analyse en théorisation ancrée. Cette méthode permet aux similitudes et aux contrastes, entre les diverses données collectées, d'émerger de manière à nous aider à bien « cerner leurs caractéristiques, leurs relations et les déterminants de leurs variations. » (Laperrière, 1997, p. 317) L'unité de base avec laquelle nous avons travaillé est le concept. Ce concept s'exprime non pas comme une situation particulière mais bien comme ce que cette situation représente, « ce à quoi il *renvoie* » (Laperrière, 1997, p. 314).

Voici les étapes de l'analyse comparative suggérées par Glaser et Strauss (1967) et par Laperrière (1997) que nous avons suivies : 1) Nous avons codé tout d'abord l'ensemble des réponses des participants. Au fur et à mesure que l'analyse avançait, la codification s'est faite de manière plus sélective et cohérente afin de préciser progressivement les éléments théoriques. 2) Ensuite, les codes ont été regroupés en catégories. 3) Nous avons comparé les catégories de manière constante durant tout le processus de codification et d'analyse. Chacune de ces comparaisons a été accompagnée d'une réflexion théorique, sous forme de mémos faciles à réviser, nous permettant de mieux retravailler sur les concepts ou les catégories. Comme le mentionne Laperrière (1997, p. 317), « à tout moment, en effet, les concepts de départ peuvent être remaniés ou même supprimés si l'analyse des nouvelles données l'exige. » Une trop grande rigidité des catégories évite une adéquation pertinente à l'ensemble des données et, par le fait même, diminue la cohérence théorique recherchée. L'essentiel est que chacune des catégories retenues représente une pertinence par rapport au phénomène observé et amène un ou plusieurs éléments nouveaux. 4) Lorsque toute nouvelle donnée n'apporte aucun remaniement de catégorie, la saturation est atteinte. Cette saturation indique qu'une intégration finale de la catégorisation de tous les concepts observés est permise. Cela dit, il importe de souligner qu'en théorisation ancrée, certaines catégories peuvent être homogènes car les concepts qui y sont reliés émergent clairement et de façon pertinente. Ce sont les catégories les plus susceptibles de conduire à des éléments théoriques significatifs. Certains autres éléments de réponses recueillis peuvent être jugés

non pertinents quant aux objectifs de la recherche. C'est pourquoi nous avons créé une catégorie intitulée « divers »<sup>1</sup>. 5) La catégorisation terminée, nous pouvions présenter les éléments théoriques significatifs pour ce mémoire, reliés aux représentations sociales des kinésiologues.

### 3.3 Échantillonnage

En se basant sur les concepts de Pires (1997, p. 159), le modèle utilisé lors de cette recherche était celui de l'échantillonnage par homogénéisation. L'échantillonnage par homogénéisation s'élabore à partir de deux types de variabilité : externe et interne. La variabilité externe, aussi appelée « diversité externe » (Pires, 1997, p. 159), fait référence à la population d'intérêt ciblée (les kinésiologues) représentant une homogénéité quant à l'appartenance à un groupe. Selon Pires (1997, p. 159), un groupe relativement homogène dans sa structure externe évolue dans un « milieu organisé par le même ensemble des rapports sociostructurels. » (Bertaux, 1980, p. 205)

La variabilité interne, également appelée « diversification interne » (Pires, 1997, p. 159), se base sur le principe qu'un groupe socioprofessionnel peut présenter une diversité entre ses membres quant à certains paramètres tel qu'être étudiant ou diplômé, chercheur ou praticien, de genre masculin ou féminin<sup>1</sup>, etc. Dans le cas présent, le groupe socioprofessionnel des kinésiologues est particulier, notamment en ce qu'il comprend plusieurs champs d'actions possibles (entraînement sportif, domaine paramédical, prévention, gestion sportive, etc.).

Dans cette étude, notre but est donc d'inclure des « informateurs les plus divers possibles afin de maximaliser l'étude extensive du groupe. » (Pires, 1997, p. 159) C'est pourquoi nous visons des cas multiples avec entrevues auprès de neuf participants (quatre étudiants et cinq diplômés). De cette façon, la variabilité externe et la variabilité interne du groupe seront respectées; il s'agira de

---

<sup>1</sup> À noter que cette catégorie « divers » n'a pas été rapportée dans la présentation des résultats puisqu'elle ne contribuait pas à la compréhension des représentations sociales des kinésiologues.

participants étant tous reliés au domaine de la kinésiologie (externe) qui seront, entre autres, étudiants ou diplômés, masculin ou féminin (interne). Cependant, lors de l'analyse, aucune distinction ne sera faite quant au genre ou au statut (étudiants ou diplômés) des participants; les données seront traitées de façon globale (théorisation ancrée).

Dans la théorisation ancrée, on utilise régulièrement le terme « cas extrêmes » pour signifier le choix d'une variété de sujets (Glaser et Strauss, 1976). L'utilisation de « cas extrêmes » était donc fondamentale en ce qu'elle permet de jouer sur des variables plus particulières au groupe comme les expériences et milieux de travail, le niveau d'étude (étudiant ou diplômé), la direction prise dans le champ de pratique, etc. À noter que les « cas extrêmes » dans notre étude reflétaient d'une part des étudiants (inscrits en deuxième ou troisième année de baccalauréat en kinésiologie) et d'autre part des professionnels (kinésologues diplômés), ce qui constituait le continuum à partir duquel nous entendions étudier les représentations sociales. Les étudiants étaient susceptibles de présenter des intérêts différents sur certains points face à la kinésiologie que ceux vécus par les kinésologues déjà en place.

#### *Critères d'inclusion*

Le participant doit :

1. être un étudiant de 2<sup>ième</sup> ou 3<sup>ième</sup> année inscrit à un programme de 1<sup>er</sup> cycle universitaire en kinésiologie ou être détenteur d'un diplôme de baccalauréat en kinésiologie;
2. maîtriser la langue française;
3. accepter, lors de deux rencontres, de répondre à des questions portant sur divers thèmes reliés à la kinésiologie;
4. être âgé de 18 ans ou plus.

De cette façon, les participants de l'étude, « porteurs de la culture », étaient sélectionnés de manière à ce que nous puissions explorer divers systèmes de

valeurs, de normes, de représentations et de symboles propres à la kinésiologie. Selon l'approche de la théorisation ancrée, pour assurer une bonne continuité et une pertinence dans le projet de recherche, l'échantillonnage peut être modifié en cours de route pour répondre aux exigences de cette méthode tout en s'inscrivant dans le devis de recherche (Glaser et Strauss, 1967).

Savoie-Zajc (1997, p. 274) mentionne que deux lignes de pensée peuvent être utilisées pour déterminer le nombre de sujets requis lors d'une étude : la saturation et le nombre fixe de sujets. Glaser et Strauss (1967) indiquent que la saturation est atteinte lorsqu'aucune nouvelle donnée n'émerge au fil des entrevues réalisées et, de son côté, Kvale (1996) propose un nombre fixe de sujets, déterminé entre 10 à 15 participants, se référant ainsi plus à un ordre de grandeur habituel rencontré dans la pratique de ce genre de recherche. Dans notre étude, nous avons opté pour la ligne de pensée de Glaser et Strauss (1967) en ne choisissant pas un nombre déterminé de sujets, mais en procédant à l'analyse des données jusqu'à l'atteinte de la saturation. En effet, nous avons fait l'analyse et le codage des verbatims au fur et à mesure que les entrevues étaient réalisées et la saturation recherchée a été atteinte après avoir interviewé neuf participants.

### **3.4 Outils de collecte des données**

Dans une recherche qualitative, afin d'assurer crédibilité et fiabilité, une triangulation entre des instruments de collecte de données est nécessaire pour explorer la convergence des résultats vers un même but ou leur divergence. Dans cette recherche, nous avons utilisé trois outils de collecte de données : 1) l'association de mots, 2) l'entrevue semi-dirigée (réaction verbale à un texte de loi), 3) l'entrevue dirigée.

#### **3.4.1 L'association de mots**

La technique d'analyse par association de mots fut utilisée afin de faire ressortir les éléments centraux qui constituent les représentations que se font les sujets de leur pratique professionnelle. Ces éléments sont observables dans leur discours



ou du moins dans le contexte sémantique qui caractérise ce discours. La technique d'analyse par association de mots permet en plus la mise en évidence de la polysémie produite par un objet social (dans le cas présent, la kinésiologie) chez les participants. Voici quelques exemples de questions issues de l'association de mots, telle que nous l'avons menée :

- 1) À quoi associez-vous la reconnaissance professionnelle?
- 2) À quoi associez-vous le corps?
- 3) À quoi associez-vous l'activité physique?

Les participants ont été appelés à fournir trois réponses ou concepts qu'ils associaient au mot inducteur (dans l'exemple : reconnaissance professionnelle, corps, activité physique). Par ailleurs, lors de l'analyse des réponses ou concepts, nous n'avons retenu que le premier mot ou concept donné par chacun des participants. En effet, selon Abric (1994), le premier mot associé par le participant est le plus susceptible de révéler la représentation qu'il se fait du mot inducteur. Cependant, il importe de noter que les participants ne savaient pas que ce critère allait être utilisé. De cette façon, les mots ou concepts étaient répondus de manière tout à fait spontanée (par exemple, sans désirabilité sociale). De plus, lors de l'analyse, une combinaison (triangulation) des résultats obtenus sur la base de l'association de mots avec ceux des entrevues a contribué à la rigueur de cette analyse. Les concepts recueillis ont ensuite été analysés selon un critère fondamental : la fréquence. Ce critère a été utilisé afin de faire ressortir les éléments centraux des représentations sociales vécues par les sujets (Rouquette et Rateau, 1998).

C'est donc dans cette perspective que nous avons exploré les éléments rattachés à la pratique professionnelle des kinésiolesgues car ce sont ces éléments centraux qui guident la réalisation de la tâche professionnelle.

### **3.4.2 Entrevue semi-dirigée: Réaction verbale à un texte de loi**

L'entrevue semi-dirigée consistait à recueillir la réaction verbale des participants à un texte de loi, soit celui de la Loi 90. Il importe de mentionner que cette loi

visait directement à définir, délimiter et légaliser les actes réservés et les tâches pratiquées par les divers professionnels du domaine de la santé au Québec. Nous tenions à explorer les représentations des participants à ce propos. Du côté méthodologique, comme le souligne Van Der Maren (1996, p. 312), le choix de l'entrevue semi-dirigée se base sur le fait qu'elle vise « à obtenir des informations sur les perceptions, les états affectifs, les jugements, les opinions, les représentations des individus, à partir de leur cadre personnel de référence et par rapport à des situations actuelles. » De plus, Lamoureux (1992, p. 263) mentionne qu'« inclure des questions ouvertes en entrevue permet de cerner les opinions de l'interviewé avec plus de précision que le feraient ces mêmes questions dans un questionnaire. » Finalement, pour éviter d'obtenir des réponses brèves et peu révélatrices, du genre « oui » ou « non », nous avons privilégié des questions ouvertes qui exigent des réponses construites versus celles qui exigent des réponses préalablement choisies.

Comme les entrevues semi-dirigées comportent généralement un petit nombre de questions, nous en avons proposé trois aux participants dont les réponses devaient nous éclairer relativement aux représentations des kinésiologues eu égard à la Loi 90 et à ses enjeux. Si un participant ne connaissait pas suffisamment cette loi et les enjeux qu'elle met en cause, nous lui présentions une synthèse facilement accessible qu'il était invité à lire.

Les trois questions ouvertes posées aux participants étaient les suivantes :

- 1) Connaissez-vous la Loi 90? (Question d'introduction à la lecture du texte de loi)
- 2) Pouvez-vous expliquer ses enjeux et nous dire ce que vous en pensez?
- 3) Pensez-vous que cette loi peut être utile pour le développement de la kinésiologie? Pourquoi ?

Les questions étaient formulées de manière courte, simple et claire afin de permettre au répondant de bien répondre sans être désarçonné devant l'une des

questions. De plus, toutes les formulations des questions et l'attitude de l'intervieweur étaient neutres pour éviter toute référence à un jugement ou à une opinion venant de l'équipe de recherche (ceci a prévalu pour tous les outils de collecte).

En ayant recours à l'entrevue semi-dirigée, il nous était possible, selon Savoie-Zajc (1997, p. 268), de « [...] rendre explicite l'univers de l'autre », de miser sur la compréhension de son monde et de laisser à chacun des répondants l'occasion d'organiser et de structurer ses pensées. Finalement, compte tenu de l'impact qu'une telle loi risque d'avoir sur l'exercice de la kinésiologie et sur les représentations qu'elle suscite tant chez les étudiants que chez les participants, les données ainsi obtenues s'inscrivent dans la démarche de triangulation.

### **3.4.3 Entrevue dirigée**

L'entrevue dirigée a également été utilisée comme mode de production des données. Elle permet de mettre en évidence contradictions, tensions, conflits et circularités chez les participants. Le protocole d'entrevue retenu comportait 32 questions qui portaient sur quatre thèmes : 1) la définition de la pratique du kinésologue; 2) les intérêts pour la pratique de la discipline; 3) l'identité professionnelle; 4) l'éthique du professionnel. En voici quelques exemples :

- 1) Comment définiriez-vous la pratique professionnelle du kinésologue?
- 2) Qu'est-ce qui vous a poussé à étudier pour devenir kinésologue?
- 3) Qu'est-ce qui différencie le kinésologue des autres professionnels du domaine de la santé?
- 4) Sur quels critères devrait-on, selon vous, se baser pour juger de la qualité des services offerts par les kinésologues?

Le nombre élevé de questions et la pertinence de leur choix eu égard aux thèmes traités ont permis de réunir une quantité importante d'opinions, d'informations et de représentations. La richesse des informations obtenues a contribué de façon substantielle au processus de triangulation.

Il est à noter qu'à la clôture de chaque rencontre avec les participants, l'intervieweur rappelait les points principaux abordés par le participant et remerciait « finalement la personne pour sa confiance et la peine qu'il s'est donnée, et lui indiquera les suites de l'étude en cours et son échéancier. » (Savoie-Zajc, 1997, p. 280)

#### **3.4.4 Questionnaire socio-démographique**

Finalement, un questionnaire socio-démographique était passé à chaque participant. Le questionnaire socio-démographique comportait des questions axées sur des caractéristiques professionnelles (étudiant ou diplômé, statut d'emploi, relié ou non à la kinésiologie, cadre institutionnel) ainsi que sur des caractéristiques personnelles (âge des sujets, temps écoulé depuis la fin des études si tel est le cas, université fréquentée lors des études de premier cycle en kinésiologie). Par rapport à la méthode d'analyse, il n'y avait aucun besoin de coder ce questionnaire car il n'était pas en lien avec les objectifs des instruments de collecte de données et ne servait uniquement qu'à recueillir des informations générales sur les participants.

Selon Savoie-Zajc (1997, p. 279), « Les questions visant à obtenir des informations socio-démographiques, beaucoup plus factuelles, devraient être posées à la fin de l'entrevue quand l'un et l'autre des interlocuteurs ont puisé largement dans leur potentiel de concentration. » Ce questionnaire était alors fait à voix haute par l'interviewer à la fin de la première rencontre avec les kinésologues étudiants et kinésologues diplômés. Environ trois ou quatre minutes seulement étaient nécessaires pour demander ces questions à très courtes réponses. Voici les questions qui ont été posées :

1. Quelle est votre situation de travail actuelle?
  - a. Temps plein ou temps partiel ?
  - b. Temporaire ou permanent?
  - c. Relié ou non-relié à la kinésiologie?

2. Quel est le cadre institutionnel de votre occupation?
  - a. Institut académique? (précisez)
  - b. Gouvernement et agences gouvernementales? (précisez)
  - c. Institut privé? (précisez)
  - d. Non employé?
3. Quel âge avez-vous?
4. Depuis combien de temps (années, mois, etc.) avez-vous terminé vos études en kinésiologie? (si tel est le cas)
5. Quelle université avez-vous fréquenté lors de vos études de 1<sup>er</sup> cycle en kinésiologie?

### **3.5 Procédures de collecte des données**

Comme le mentionne Poupart (1997, p. 175), « les conduites sociales ne pourraient être comprises ni être expliquées en dehors de la perspective des acteurs sociaux. » C'est donc sur ce principe important que nous avons tenu compte de certaines considérations d'ordre relationnel, matériel, environnemental et de la conduite des entrevues.

#### **3.5.1 Considérations d'ordre relationnel**

Lors des entrevues, afin d'assurer un accueil favorable, Ouellet (1994, p. 171) propose de « recevoir calmement la personne interviewée, de bien se présenter et de décrire le but de sa recherche d'informations. » Toutes ces conditions étaient mises en place pour atteindre l'un des postulats énoncé par Savoie-Zajc (1997, p. 267) soit « la perspective de l'autre a du sens », permettant ainsi au participant d'être à l'aise dans son discours.

### **3.5.2 Considérations d'ordre matériel et environnemental**

Toutes les rencontres (l'association de mots, l'entrevue semi-dirigée et l'entrevue dirigée) étaient enregistrées sur deux bandes audio à l'aide de deux magnétophones afin de prévoir un manquement mécanique, un oubli technique quelconque ou la fin du ruban enregistrable d'une audiocassette.

Nous devons mentionner ici l'importance de se procurer un matériel fiable car selon Savoie-Zajc (1997, p. 276), « ces préoccupations techniques feront toute la différence entre un enregistrement clair et audible ou un qui est faible, inaudible ou tout simplement absent. »

De plus, l'atmosphère du local dans lequel les entrevues se déroulaient était calme et sans dérangement possible de la part d'un tiers. Ceci favorisait l'ouverture et la discussion continue entre le participant et l'intervieweur.

### **3.5.3 L'ordre de la conduite des entrevues**

Comme il s'agit d'une étude ayant une visée exploratoire, plus d'une rencontre était requise afin de générer des éléments théoriques. Selon une pré-expérimentation effectuée auprès de trois sujets, quelques décisions ont été prises quant à l'ordre de la conduite des rencontres. Nous avons choisi d'échelonner la collecte des données sur deux journées-rencontres. La première journée de rencontre se déroulait comme suit : a) l'association de mots, b) l'entrevue semi-dirigée (réaction verbale à un texte de loi) et c) le questionnaire socio-démographique. Comme l'association de mots et le questionnaire socio-démographique se déroulaient de façon rapide, il nous était possible d'inclure, lors de la première journée, l'entrevue semi-dirigée. L'ensemble totalisait environ 30 minutes.

Lors de la deuxième journée de rencontre, la collecte de données s'effectuait par le biais de l'entrevue dirigée. L'entrevue dirigée durait environ 45 minutes à

cause du nombre plus élevé de questions (le temps requis avait été vérifié lors des rencontres préalables).

Voici un résumé des deux journées de rencontre et les outils qui y sont respectivement associés.

- 1<sup>ère</sup> journée de rencontre : L'association de mots, l'entrevue semi-dirigée et le questionnaire socio-démographique
- 2<sup>e</sup> journée de rencontre : L'entrevue dirigée

L'ordre de présentation des outils de collecte de données, lors des journées de rencontre, a été le même pour tous les participants. Ceci étant dit, cette recherche n'avait aucun besoin du modèle de pré-test/post-test. Il est donc important de mentionner que les deux rencontres avaient lieu dans la même semaine.

## CHAPITRE IV

### RÉSULTATS



## CHAPITRE IV - RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous allons présenter les résultats issus de chacun des instruments de collecte de données dans la séquence suivante : 1) l'association de mots (AdeM), 2) l'entrevue semi-dirigée (ESD) et 3) l'entrevue dirigée (ED). Il importe de noter que ces trois instruments de collecte de données ont été construits en fonction d'une triangulation des données. Par la suite, nous présenterons les regroupements possibles entre ces diverses données afin d'arriver à une catégorisation selon la méthode de la théorisation ancrée.

### 4.1 L'association de mots

La plupart des études portant sur les représentations sociales commencent souvent par des investigations de type ouvert permettant de cerner des univers sémantiques. L'une de ces techniques est l'association de mots (Doise, Clémence et Lorenzi-Cioldi, 1992, p. 25).

Nous avons demandé aux participants d'associer trois mots ou concepts au mot inducteur qui leur était fourni. Tel qu'expliqué précédemment, pour l'analyse, nous n'avons utilisé que le premier mot mentionné par les participants et ce, pour chacun des mots inducteurs. En effet, le premier mot nommé est susceptible de refléter davantage les représentations des participants, car il est plus accessible (aux participants) que les autres mots. (voir le protocole en annexe 3).

#### 4.1.1 Résultats de l'association de mots

Nous débutons ici par une description des résultats obtenus. Pour chacun des mots inducteurs, un tableau descriptif est présenté. Les tableaux que nous présentons contiennent tous les mots nommés en premier par les participants. Entre parenthèses, nous indiquons la fréquence de chacun de ces mots, c'est-à-dire le nombre de fois qu'il a été ressorti par l'ensemble des participants.

### **Concepts 1 à 10**

Lors de cette rencontre, nous demandions aux sujets la question suivante pour les concepts 1 à 10 inclusivement : « Donnez-moi trois mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit lorsque je nomme les concepts suivants... À quoi associez-vous ... ? »

*Q 1 : À quoi associez-vous la reconnaissance professionnelle ?*

**Tableau I : Reconnaissance professionnelle (AdeM)**

<i>Réponses (fréquence)</i>	Ordre (3)
	Statut (2)
	Connaissance (1)
	Assurances (1)
	Titre de profession (1)
	Intégrité (1)

La réponse « ordre » professionnel a été mentionnée par 3/9 participants ; il s'agit de la réponse ayant la fréquence la plus élevée. Ensuite vient la réponse qui a été mentionnée par 2/9 participants, soit le « statut ». Finalement, les réponses suivantes n'ont été mentionnées que par 1/9 participant chacune : « connaissance », « assurances », « titre de profession » et « intégrité ».

*Q 2 : À quoi associez-vous le code de déontologie ?*

**Tableau II : Code de déontologie (AdeM)**

<i>Réponses (fréquence)</i>	Éthique (5)
	Lois à suivre (2)
	Standard (1)
	Professionnalisme (1)

La réponse « éthique » a été mentionnée par 5/9 participants. Ensuite, « lois à suivre » a été répondue par 2/9 participants et finalement, les réponses

« standard » et « professionnalisme » n'ont été mentionnées que par 1/9 participant.

*Q 3 : À quoi associez-vous la santé ?*

**Tableau III : Santé (AdeM)**

<b>Réponses (fréquence)</b>	Bien-être personnel (7)
	Système (2)

« Bien-être personnel » est ici la réponse ayant été mentionnée par 7/9 participants. La réponse « système » a été mentionnée par 2/9 participants.

*Q 4 : À quoi associez-vous le kinésologue ?*

**Tableau IV : Kinésologue (AdeM)**

<b>Réponses (fréquence)</b>	Professionnel (2)
	Activité physique (1)
	Avenir (1)
	Nouveau (1)
	Réadaptation (1)
	Santé globale (1)
	Science (1)
	Spécialiste (1)

La réponse « professionnel » a été mentionnée par 2/9 participants. Chacune des réponses suivantes : « activité physique », « avenir », « nouveau », « réadaptation », « santé globale », « science » et « spécialiste » a été mentionnée que par 1/9 participant.

*Q 5 : À quoi associez-vous le corps ?*

**Tableau V : Corps (AdeM)**

<i>Réponses (fréquence)</i>	Entraînement (2)
	Conscience (1)
	Mouvement (1)
	Muscles (1)
	Peau (1)
	Personne (1)
	Santé globale (1)
	Transport (1)

La réponse « entraînement » a été présentée par 2/9 participants. De leur côté, sept autres réponses n'ont été mentionnées que par 1/9 participant chacune, soit la « conscience », le « mouvement », les « muscles », la « peau », la « personne », la « santé globale » et le « transport ».

*Q 6 : À quoi associez-vous l'éthique professionnelle ?*

**Tableau VI : Éthique professionnelle (AdeM)**

<i>Réponses (fréquence)</i>	Déontologie (3)
	Gouvernement (1)
	Intégrité (1)
	Lois à suivre (1)
	Primordial (1)
	Statut de professionnel (1)
	Reconnaissance personnelle (1)

La réponse « déontologie » a été mentionnée par 3/9 participants. Six autres réponses, à savoir « gouvernement », « intégrité », « lois à suivre », « primordial », « statut de professionnel » et « reconnaissance personnelle » n'ont été mentionnées que par 1/9 participant chacune.

*Q 7 : À quoi associez-vous la personne ?*

**Tableau VII : Personne (AdeM)**

<b>Réponses (fréquence)</b>	Individu (2)
	Collectivité (1)
	Complexité (1)
	Différence (1)
	Limites (1)
	Loi (1)
	Philosophie (1)
	Physique (1)

« Individu » est la réponse ayant été mentionnée par 2/9 participants. Toutefois, sept autres réponses ne furent nommées que par 1/9 participant chacune : « collectivité », « complexité », « différence », « limites », « loi », « philosophie » et « physique ».

*Q 8 : À quoi associez-vous l'activité physique ?*

**Tableau VIII : Activité physique (AdeM)**

<b>Réponses (fréquence)</b>	Santé globale (2)
	Sport (2)
	Chaud (1)
	Entraînement (1)
	Mode de vie physique (1)
	Mouvement (1)
	Normal (1)

Les réponses « santé globale » et « sport » ont été mentionnées par 2/9 participants. Cinq autres réponses qui sont « chaud », « entraînement », « mode de vie physique », « mouvement » et « normal » n'ont été mentionnées que par 1/9 participant chacune.

*Q 9 : À quoi associez-vous la prévention ?*

**Tableau IX : Prévention (AdeM)**

<b>Réponses (fréquence)</b>	Maladie physiologique (3)
	Kinésiologie (2)
	Comportements (1)
	Nutrition (1)
	Santé globale (1)
	Sécurité physique (1)

3/9 participants ont répondu « maladie physiologique ». Ensuite, « kinésiologie » a été mentionnée par 2/9 participants. Finalement, « comportements », « nutrition », « santé globale » et « sécurité physique » ont été répondus par 1/9 participant.

*Q 10 : À quoi associez-vous la compétence professionnelle ?*

**Tableau X : Compétence professionnelle (AdeM)**

<b>Réponses (fréquence)</b>	Connaissances (2)
	Habiletés globales (2)
	À acquérir (1)
	Culture (1)
	Expérience (1)
	Kinésologue(1)
	Savoir-être (1)

Les réponses « connaissances » et « habiletés globales » ont été mentionnées par 2/9 participants. Cinq autres réponses, à savoir « à acquérir », « culture », « expérience », « kinésologue » et « savoir-être », suivent avec une mention par 1/9 participant chacune.

### **Concepts 11 à 16**

Lors de la même rencontre, nous avons demandé également six autres questions d'association portant sur les tâches du kinésologue, les champs professionnels

pouvant être reliés à la kinésiologie, les caractéristiques de la compétence d'un kinésologue, les relations entre la kinésiologie et la santé, les relations entre les kinésologues et les autres professionnels du domaine de la santé et finalement, les raisons associées à une reconnaissance professionnelle. Évidemment, nous avons conservé la même méthode, c'est-à-dire que nous n'avons retenu pour fin d'analyse que le premier mot fourni par les participants (Rouquette et Rateau, 1998).

*Q 11 : Nommez trois tâches associées au travail des kinésologues.*

**Tableau XI : Tâches du kinésologue (AdeM)**

<i>Réponses (fréquence)</i>	Programme de prévention (3)
	Prescription d'exercices (2)
	Évaluation de la condition physique (2)
	Éducation de base (1)
	Formation continue (1)

3/9 participants ont mentionné la réponse « programme de prévention ». Les réponses « prescription d'exercices » et « évaluation de la condition physique » ont été mentionnées par 2/9 participants. Finalement, deux réponses ont été répondues par 1/9 participant chacune, soit l'« éducation de base » et la « formation continue ».

*Q 12 : Nommez trois champs professionnels auxquels vous associez la kinésiologie ?*

**Tableau XII : Champs professionnels (AdeM)**

<i>Réponses (fréquence)</i>	Physiothérapie (6)
	Danse (1)
	Promotion (1)
	Réadaptation (1)

La réponse « physiothérapie » a été mentionnée par 6/9 participants. Ensuite, les réponses « danse », « promotion » et « réadaptation » ont été mentionnées par 1/9 participant chacune.

*Q 13 : Nommez trois caractéristiques d'un kinésologue compétent ou d'un « bon » kinésologue.*

**Tableau XIII : Caractéristiques d'un kinésologue compétent (AdeM)**

<i>Réponses (fréquence)</i>	Être professionnel (2)
	À l'écoute (1)
	Connaissances (1)
	Entregent (1)
	Formation continue (1)
	Motivateur (1)
	Prendre des risques (1)
	Respecte ses limites (1)

La réponse « être professionnel » a été mentionnée par 2/9 participants. Par la suite, nous pouvons voir qu'être « à l'écoute », avoir des « connaissances », de l'« entregent », la « formation continue », être « motivateur », « prendre des risques » et le fait qu'il « respecte ses limites » sont les sept autres réponses ayant été données par 1/9 participant chacune.

*Q 14 : Nommez trois relations entre la kinésiologie et la santé.*

**Tableau XIV : Relations entre la kinésiologie et la santé (AdeM)**

<i>Réponses (fréquence)</i>	Prévention (7)
	Impact sur les maladies (1)
	Promotion de l'activité physique (1)

7/9 participants ont mentionné la réponse « prévention ». Ensuite, viennent les réponses d'« impact sur les maladies » et de « promotion de l'activité physique » qui ont été mentionnées par 1/9 participant chacune.



*Q 15 : Nommez trois relations entre les kinésologues et les professionnels de la santé.*

**Tableau XV :** Relations entre les kinésologues et les professionnels de la santé (AdeM)

<i>Réponses (fréquence)</i>	Égalité (2)
	Référer (2)
	Collaboration (1)
	Compléter la réadaptation (1)
	Coopération (1)
	Incompréhension (1)
	Non-connaissance du kinésologue (1)

Deux réponses ont été mentionnées par 2/9 participants chacune, soit l'« égalité » et « référer ». Cinq autres réponses ont ensuite été mentionnées par 1/9 participant chacune : « collaboration », « compléter la réadaptation », « coopération », « incompréhension » et « non-connaissance du kinésologue ».

*Q 16 : Nommez trois raisons associées à la reconnaissance professionnelle de la kinésiologie.*

**Tableau XVI :** Raisons associées à la reconnaissance professionnelle (AdeM)

<i>Réponses (fréquence)</i>	Spécialiste de l'activité physique (3)
	Scolarité égale aux autres professionnels (1)
	Éviter des problèmes chez les athlètes (1)
	Impact sur les coûts des soins de santé pour l'État (1)
	Prévention (1)
	Sécurité de la population qui s'entraîne (1)
	Situation de travail à l'effort (1)

3/9 participants ont répondu « spécialiste de l'activité physique ». Par la suite, six autres réponses ont été dites par 1/9 participant chacune, soit la « scolarité

égale aux autres professionnels », « éviter des problèmes chez les athlètes », l'« impact sur les coûts des soins de santé pour l'État », la « prévention », la « sécurité de la population qui s'entraîne » et la « situation de travail à l'effort ».

#### **4.1.2 Regroupement des réponses en trois catégories émergeant de l'association de mots**

Après avoir collecté tous les mots énoncés par les participants, nous les avons analysés afin de faire ressortir des convergences et des divergences entre ces réponses. L'analyse nous a permis d'effectuer trois regroupements ou catégories orientés vers des principes organisateurs homogènes. Ces catégories, bien que formellement nommées catégorie 1, catégorie 2 et catégorie 3, peuvent être associées aux 3 modèles proposés par Giroux et Garnier (2001). Tel que mentionné dans la problématique (chapitre I), ces deux auteurs (2001, p. 136) expliquent que la profession infirmière « est marquée par trois principaux modèles professionnels [...] fréquemment retrouvés dans les écrits des leaders de la discipline [...] ». Les trois modèles professionnels (2001, p. 137) sont : 1) le « modèle biomédical », plus techniciste, dans lequel les soins infirmiers se font dans une perspective de guérison, 2) le « modèle biopsychosocial », plus humaniste, dans lequel les soins infirmiers se font dans une perspective de prendre soin et 3) le « modèle d'autonomisation », plus constructiviste, dans lequel les soins infirmiers se font dans une perspective d'éduquer en vue d'une plus grande autonomie.

Dans notre étude, la catégorie 1 réfère aux éléments suivants, associés au modèle techniciste : le contexte sportif, les produits physiques, l'autorité et les avantages sociaux pour soi.

La catégorie 2 réfère aux éléments suivants, associés au modèle humaniste : les relations interpersonnelles et l'amélioration de la santé des clients.

La catégorie 3 réfère aux éléments suivants, associés au modèle constructiviste : la responsabilité sociale, une recherche de sens et l'amélioration de la pratique professionnelle.

Nous présentons ici les 3 catégories sous forme de tableau. Dans ce tableau, la première colonne correspond aux 16 mots inducteurs. La deuxième colonne correspond aux réponses qui composent la catégorie 1; la fréquence est exprimée entre parenthèses. La troisième colonne correspond aux réponses de la catégorie 2; la fréquence est exprimée entre parenthèses. La quatrième colonne correspond aux réponses de la catégorie 3; la fréquence est exprimée entre parenthèses.

**Tableau XVII:** Trois catégories pour les associations de mots (AdeM)

Mots inducteurs	Catégorie 1 / (fréquence)	Catégorie 2/ (fréquence)	Catégorie 3/ (fréquence)
1) Reconnaissance professionnelle	Ordre (3) Statut (2) Connaissances (1) Assurances (1) Titre de profession (1)	Intégrité (1)	
2) Code de déontologie	Lois à suivre (2) Standard (1)		Éthique (5) Professionnalisme (1)
3) Santé	Bien-être personnel (7) Système (2)		
4) Kinésiologue	Professionnel (2) Activité physique (1) Avenir (1) Nouveau (1) Science (1) Spécialiste (1)	Réadaptation (1) Santé globale (1)	
5) Corps	Entraînement (2) Mouvement (1) Muscles (1) Peau (1) Transport (1)	Personne (1) Santé globale (1)	Conscience (1)
6) Éthique professionnelle	Gouvernement (1) Lois à suivre (1) Primordial (1) Statut de professionnel (1) Reconnaissance personnelle (1)	Intégrité (1)	Déontologie (3)
7) Personne	Individu (2) Limites (1) Lois (1) Physique (1)	Collectivité (1) Complexité (1) Différence (1)	Philosophie (1)
8) Activité physique	Sport (2) Chaud (1) Entraînement (1) Mode de vie physique (1) Mouvement (1) Normal (1)	Santé globale (2)	
9) Prévention	Maladie physiologique (3) Kinésiologie (2) Comportements (1) Nutrition (1) Sécurité physique (1)	Santé globale (1)	
10) Compétence professionnelle	Connaissances (2) À acquérir (1) Culture (1) Expérience (1) Kinésiologie (1)	Savoir-être (1)	Habiletés globales (2)
11) Tâches du kinésiologue	Prescription d'exercices (2) Évaluation de la condition physique (2) Éducation de base (1)	Programme de prévention (3)	Formation continue (1)
12) Champs professionnels associés à la kinésiologie	Danse (1) Promotion (1)	Physiothérapie (6) Réadaptation globale (1)	
13) Caractéristiques d'un kinésiologue compétent	Connaissances (1) Prendre des risques (1)	À l'écoute (1) Entregent (1) Motivateur (1) Respect de ses Limites (1)	Être professionnel (2) Formation continue (1)
14) Relations entre la kinésiologie et la santé	Impact sur les maladies (1) Promotion de l'activité physique (1)	Prévention (7)	
15) Relations entre les kinésiologues et les professionnels de la santé	Incompréhension (1) Non-connaissance du kinésiologue (1)	Égalité (2) Référer (2) Collaboration (1) Compléter la réadaptation (1) Coopération (1)	
16) Raisons associées à la reconnaissance professionnelle de la kinésiologie	Spécialiste de l'activité physique (3) Scolarité égale aux autres professionnels (1) Impact sur les coûts des soins de santé pour l'État (1) Situation de travail à l'effort (1)	Éviter des problèmes chez les athlètes (1) Prévention (1) Sécurité de la population qui s'entraîne (1)	

Nous présentons maintenant, dans les pages suivantes, chacune des trois catégories avec leurs éléments constitutifs.

#### Présentation des éléments constitutifs de la *catégorie 1* :

La *catégorie 1* regroupe cinq éléments associés au caractère techniciste :

1) l'aspect sportif (Exemple : « *activité physique* », « *entraînement* », « *mouvement* », « *transport* », « *physique* », « *sport* », « *comportements* », « *nutrition* », « *prescription d'exercices* », « *évaluation de la condition physique* », « *danse* », « *spécialiste de l'activité physique* » et « *situation de travail à l'effort* »), 2) les produits physiques (Exemple : « *muscles* », « *peau* » et « *maladie* »), 3) les avantages sociaux pour soi (Exemple : « *assurances* », « *profession* », « *standard* », « *bien-être* », « *reconnaissance* » et « *sécurité* »), 4) les conséquences du mot inducteur (Exemple : « *impact sur les maladies* » et « *impact sur les coûts des soins de santé pour l'État* ») et 5) l'aspect d'autorité inhérent à la pratique professionnelle des kinésioles (Exemple : « *lois à suivre* », « *gouvernement* », « *limites* », « *à acquérir* » et « *scolarité égale aux autres professionnels* »).

À noter que c'est dans la catégorie 1 que le plus grand nombre de réponses a été observé.

#### Présentation des éléments constitutifs de la *catégorie 2* :

La *catégorie 2* regroupe deux éléments associés au caractère humaniste : 1) le désir d'aider et de comprendre autrui dans un processus de qualité de vie (Exemple : « *réadaptation* », « *santé* », « *personne* », « *programme de prévention* », « *entregent* », « *motivateur* », « *prévention* », « *éviter les problèmes chez les athlètes* » et « *sécurité de la population qui s'entraîne* ») et 2) le rapport à autrui, plus précisément de la relation avec les autres professionnels de la santé (Exemple : « *intégrité* », « *différence* », « *savoir-être* », « *respect de ses limites* », « *égalité* », « *référer* », « *collaboration* » et « *coopération* »).

### Présentation des éléments constitutifs de la *catégorie 3* :

La *catégorie 3* regroupe trois éléments associés au caractère constructiviste : 1) une recherche de sens (Exemple : « *éthique* »), 2) une réflexion sur ses responsabilités sociales (Exemple : « *professionnalisme* », « *conscience* », « *déontologie* », « *philosophie* » et « *être professionnel* ») et 3) les moyens pris pour améliorer sa pratique (Exemple : « *formation continue* »).

### *Synthèse des résultats issus de l'association de mots*

En résumé, une grande majorité des éléments de réponses que les participants ont fournis se retrouvent dans la *catégorie 1* qui réfère surtout à l'aspect sportif, aux produits physiques, aux avantages sociaux pour soi, aux conséquences et à l'autorité. Certaines autres réponses des participants réfèrent à la relation interpersonnelle et à l'amélioration de la santé des clients, donc à la *catégorie 2*. Finalement, quelques rares réponses des participants se rapportent à la *catégorie 3* qui réfère surtout à la recherche de sens, à une réflexion sur les responsabilités sociales et aux moyens pris pour améliorer la pratique professionnelle.

## 4.2 Entrevue semi-dirigée : Réaction verbale à un texte de loi

La réaction verbale portait sur des extraits de textes reliés à la Loi 90 (voir annexe 4). Tout d'abord, un extrait de la Loi 90 était fourni concernant la mise en contexte de cette loi et les points majeurs touchant de près les kinésiologues. Par la suite, un extrait de la demande provenant de la Coalition des Kinésiologues et Éducateurs Physiques du Québec adressée à l'Office des Professions du Québec (OPQ) leur était également présenté. Finalement, la réponse offerte par l'OPQ à la Coalition des Kinésiologues et Éducateurs Physiques du Québec pour fins de précision terminait l'extrait de l'écrit officiel présenté aux participants. Cela dit, afin que les participants puissent réagir verbalement à ce texte de loi, trois questions leur étaient posées : 1) *Connaissez-vous la Loi 90 et ses enjeux ?* ; 2) *Pouvez-vous expliquer ses enjeux et nous dire ce que vous en pensez ?* ; 3) *Pensez-vous que cette loi peut être utile pour le développement de la kinésiologie ?* Voici donc les résultats de cette entrevue semi-dirigée.

### 4.2.1 Résultats de l'entrevue semi-dirigée

*QUESTION 1 : Connaissez-vous la Loi 90 et ses enjeux?*

Cette question était utilisée pour introduire, au besoin, la lecture par les participants d'un écrit officiel portant sur la Loi 90. Tous les participants connaissaient vaguement la Loi 90 et tous ont préféré relire la synthèse du texte qui leur était remise.

*QUESTION 2 : Pouvez-vous expliquer ses enjeux et nous dire ce que vous en pensez?*

Après avoir retranscrit intégralement les réponses des participants qui avaient été enregistrées, nous avons effectué une analyse spécifique de chacun des verbatims en regard de cette question. Pour ce faire, nous avons lu à quelques reprises

chacun des verbatims de ces entrevues et nous avons remarqué que certains éléments de réponses ressortaient fréquemment. Nous avons pris en note ces réponses qui émergeaient et rédigé des mémos. Toujours dans la ligne de pensée de la théorisation ancrée, nous avons ensuite effectué des regroupements avec les éléments de réponses, dans un travail de remaniement constant, pour faire ressortir des catégories principales. Finalement, nous avons effectué une analyse plus globale, en comparant les différents verbatims entre eux et en y faisant ressortir les similitudes et les différences marquantes qui en émergeaient.

À noter que cette entrevue semi-dirigée avait une durée d'environ vingt minutes et que chacune des réponses des participants comportait plusieurs éléments de réponses. C'est pourquoi nous nous retrouvons avec un plus grand nombre de réponses que le nombre total de participants.

Voici un tableau illustrant la catégorisation que nous avons faite à partir des résultats, suivi d'une présentation plus détaillée des réponses constitutives de cette question.

**Tableau XVIII:** Opinions des participants sur les enjeux de la Loi 90 (ESD)

*QUESTION 2 : Pouvez-vous expliquer ses enjeux et nous dire ce que vous en pensez?*

Résultats (Éléments de réponses ressortis)	Nombre de participants l'ayant mentionné (sur 9)
A) Termes ambigus, peu clairs et mal précisés	7/9
B) Échanges interprofessionnels (référer, collaborer, interdisciplinarité, multidisciplinarité, etc.)	5/9
C) Non-reconnaissance (crédibilité, ouverture d'esprit des autres professionnels, etc.)	5 /9
D) Spécialités du kinésiologue, empiètement...	5/9
E) Frustration et découragement	2/9
F) Rôle (responsabilité) des universités	2/9



### **A) Termes ambigus, peu clairs et mal précisés**

7/9 participants répondent que les termes utilisés dans les textes de la Loi 90 sont ambigus, peu clairs et manquent de précision. (« [...] c'est parce que ce n'est pas clair. », « Il y a beaucoup de choses qui s'entremêlent. », « Tout le monde semble faire la même chose. Ce n'est pas trop clair. »)

### **B) Échanges interprofessionnels**

5/9 participants répondent que les professionnels de la santé ainsi que les kinésologues devraient agir ensemble face à un chevauchement de tâches pouvant être problématique avec la Loi 90. (« [...] on travaille ensemble alors ça pourrait peut-être aider à définir les choses. », « Alors je pense que l'on devrait peut-être s'adonner à savoir ce que les autres font [...] pour savoir quand c'est le temps de référer et quand les autres devraient nous référer la personne. »)

### **C) Non-reconnaissance**

5/9 participants répondent que la Loi 90 provient et amplifie le fait que les autres professionnels de la santé et le gouvernement ne connaissent pas bien les kinésologues et leur pratique professionnelle. (« [...] Cela vient encore nous empêcher d'être reconnus comme professionnels. », « [...] je pense que c'est la reconnaissance des autres milieux par rapport à nous [...]. »)

### **D) Spécialités du kinésologue, empiètement, ...**

5/9 participants répondent que le kinésologue a sa propre spécialité concernant l'évaluation de la condition physique et qu'en tant que professionnels, ils ressentent un empiètement au niveau de leurs tâches par les autres professionnels visés dans la Loi 90. (« On est capable de faire une évaluation de la condition physique qui est autre que pour les blessures. », « [...] faire l'évaluation de la condition physique, la moitié de mon travail est basé là-dessus. », « Chacun évalue selon ses compétences [...]. », « [...] leur laisser tout le champ libre pour passer et prendre nos tâches et nous empêcher de faire les nôtres. », « On risque de se faire enlever complètement notre partie principale de travail. »)

### E) Frustration et découragement

2/9 participants répondent que la Loi 90 provoque en eux des sentiments de frustration et de découragement. (*« C'est comme cela que je le prends...ça me frustre beaucoup. », « [...] mais je trouve ça un peu décourageant. »*)

### F) Rôle des universités

2/9 participants répondent que les universités du Québec ont une responsabilité dans le développement et les enjeux de la Loi 90. (*« [...] si les programmes universitaires pouvaient finalement se construire quelque chose de plus solide [...] l'université a un gros rôle à jouer pour éduquer les gens... les professionnels sur les autres professions. »*)

Une troisième question a été posée aux participants concernant l'impact de la Loi 90 sur le développement de la kinésiologie.

*QUESTION 3 : Pensez-vous que cette loi peut être utile pour le développement de la kinésiologie?*

Pour traiter la question 3, nous avons suivi la même démarche d'analyse que précédemment. Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse spécifique de chacun des verbatims de l'entrevue semi-dirigée. Dans un deuxième temps, nous avons effectué une analyse plus globale. Les deux analyses font ressortir 3 catégories de réponses<sup>1</sup> : 1) *réponse négative : la Loi 90 va nuire à la kinésiologie* ; 2) *réponse positive ou négative : la Loi 90 peut aider ou nuire à la kinésiologie* ; 3) *réponse positive : la Loi 90 va aider la kinésiologie*. Voici un tableau dans lequel nous synthétisons ces trois catégories de réponses, suivi d'une présentation plus détaillée de ces catégories de réponses constituant cette question.

<sup>1</sup> Les catégories 1, 2 et 3 de ce test ne réfèrent pas à celles que nous avons nommées dans la section précédente, « Catégorie 1 – autorité et avantages sociaux pour soi », « Catégorie 2 – le rapport à autrui et l'appartenance au public » et « Catégorie 3 – la responsabilité sociale », pour l'association de mots.

**Tableau XIX:** Utilité ou nuisance de la Loi 90 à la kinésiologie (ESD)

Catégories émergeant des verbatims	Nombre de participants (sur 9)
<i>1) réponse négative : la Loi 90 va nuire à la kinésiologie</i>	2
<i>2) réponse positive ou négative : la Loi 90 peut aider ou nuire à la kinésiologie</i>	6
<i>3) réponse positive : la Loi 90 va aider la kinésiologie</i>	1

Nous avons obtenu deux réponses relatives à la catégorie 1, six réponses relatives à la catégorie 2 et une réponse pour la catégorie 3.

#### 4.2.2 Regroupements des réponses en 3 catégories

Nous allons maintenant présenter les éléments constitutifs de chacune des trois catégories.

Pour la *catégorie 1) réponse négative* : 2/9 participants répondent que la Loi 90 va nuire à la kinésiologie. (« Ça va nous nuire. C'est sûr que ça va nous nuire. », « Ils sont tous bien définis et ça vient nous enlever complètement [...]. »)

Pour la *catégorie 2) réponse positive ou négative* : 6/9 participants répondent que la Loi 90 peut soit aider soit nuire à la kinésiologie. (« C'est sûr que ça va aider d'une certaine façon parce qu'on va être reconnus mais ça dépend dans quel sens. [...] Si ça va dans un sens que ça en met trop large, ça va être défavorisant pour le client. », « Oui ça peut nous aider parce qu'il y en a plein qui essayent [...] des choses comme ça mais il y en a d'autres qui n'ont pas les connaissances pour bien l'exécuter. », « [...] tout le côté médical dont on veut essayer de se rapprocher, [...] bien là, ça nous bloque [...]. »)

Pour la *catégorie 3) réponse positive* : 1/9 participant répond que la Loi 90 va aider la kinésiologie. (« Je pense que ça peut juste nous aider. Je ne vois pas vraiment d'inconvénient. »)

### *Synthèse des résultats issus de l'entrevue semi-dirigée*

Pour la question 1, tous les participants connaissaient vaguement la Loi 90, mais tous ont préféré relire la synthèse du texte qui leur était remise.

Pour la question 2, nous nous sommes retrouvé avec plusieurs éléments de réponses et nous en avons fait des regroupements. En résumé, nous avons noté qu'une majorité de participants (7/9) ont exprimé que les textes de la Loi 90 renferment des mots et expressions pouvant porter à confusion et que ces derniers sont mal précisés et peu clairs. Certains participants (5/9) ont souligné un empiètement au niveau des tâches du kinésologue par les autres professionnels de la santé cités par la Loi 90, qu'il existe une non-reconnaissance de la kinésiologie chez ces derniers mais que tous les professionnels, incluant les kinésologues, devraient favoriser des échanges interprofessionnels efficaces afin de mieux gérer les chevauchements possibles de tâches. Finalement, chacun des éléments de réponses suivants a été souligné par une minorité de participants (2/9) : 1) des sentiments de frustration et de découragement face à la Loi 90 et 2) le rappel du rôle des universités face à la sanction de cette loi.

Pour la question 3, une majorité de participants (6/9) croit que la Loi 90 peut soit aider soit nuire au développement futur de la kinésiologie. De plus, une minorité de participants (2/9) ont expliqué que la Loi 90 va nuire à la kinésiologie et un seul participant (1/9) affirme que la Loi 90 va aider au développement de la kinésiologie.

### 4.3 Entrevue dirigée

Nous présenterons ici les résultats qui se dégagent des entrevues dirigées. Le protocole de l'entrevue dirigée (voir annexe 5) comportait 32 questions réparties en quatre thèmes distincts : 1) la définition de la pratique; 2) les intérêts pour la pratique professionnelle ; 3) l'identité professionnelle et 4) l'éthique professionnelle. Chacun de ces thèmes est important pour comprendre la pratique professionnelle des kinésiothérapeutes.

Dans les pages suivantes, nous allons présenter les quatre thèmes, par catégories, avec la fréquence des réponses pour chacune d'elles. Après, nous présenterons les éléments constitutifs de chacune de ces catégories. Nous utiliserons les appellations suivantes : *catégorie 1*, *catégorie 2* et *catégorie 3*.

Nous ne présenterons pas ici le détail de chaque résultat recueilli pour chacun des thèmes mais le résultat global. Nous procéderons thème par thème.

#### 4.3.1 Résultats de l'entrevue dirigée et regroupement en catégories

##### Thème 1 : Définition de la pratique

Nous avons formulé trois questions relatives à la définition de la pratique de la kinésiothérapie (par exemple : Comment définiriez-vous la pratique professionnelle du kinésiothérapeute ? ).

Il est ressorti trois réponses associées au caractère techniciste, c'est-à-dire qui se rattachaient à l'entraînement, au sport, à l'aspect physique et à la performance que nous avons regroupés dans la catégorie 1.

Il est également ressorti des réponses associées au caractère humaniste, c'est-à-dire qui se rattachaient à la prise en compte d'autrui, à l'aide pouvant être apportée à ce dernier, à l'adaptation à l'autre ainsi qu'au contact humain que nous avons regroupés dans la catégorie 2.

Toutefois, nous n'avons pu regrouper aucune réponse associée au caractère constructiviste que nous avons nommé, dans une section précédente (AdeM), la catégorie 3.

Nous avons obtenu trois réponses relatives à la catégorie 1, six réponses relatives à la catégorie 2 et aucune réponse pour la catégorie 3. Voici donc le tableau relatif à la définition de la pratique. La première colonne du tableau présente les 3 catégories. La deuxième colonne du tableau présente la fréquence, c'est-à-dire le nombre de réponses se situant dans chacune des catégories. La troisième colonne du tableau présente un exemple issu du verbatim, illustrant la catégorie en question.

**Tableau XX : Définition de la pratique (ED)**

Catégories	Fréquence (nb de réponses se situant dans cette catégorie / sur 9 participants)	Citations
1	3	« [...un kinésologue] une personne qui est spécialiste en activité physique et si elle a pratiqué un sport, elle est spécialiste dans ce sport [...]. »
2	6	« [...] son rôle c'est d'aider la population à intégrer l'activité physique, de soigner et d'améliorer la qualité de vie par l'activité physique. »
3	0	Aucun.

Nous allons maintenant présenter les éléments constitutifs de chacune des trois catégories.

Présentation des éléments constitutifs de la *catégorie 1*, associée au caractère techniciste :

Toutes les réponses qui réfèrent aux aspects physiques de l'humain ainsi qu'au sport en tant que tel font partie de cette première catégorie; toutes les réponses qui sont reliées à l'entraînement et aux compétitions peuvent également s'y rattacher. (*« [...] les kinésologues font les évaluations de la condition physique et ils entraînent [...]. Puis, chacun pratique dans ce qu'il aime, soit dans un sport ou soit à la salle de musculation. », « [...] de la technique de nage, c'est ça que j'aime le plus. »*)

Présentation des éléments constitutifs de la *catégorie 2*, associée au caractère humaniste:

Les participants réfèrent à la prise en compte de l'autre (*« [...] une personne qui prend conscience de la personne et qui essaye de l'amener vers ses objectifs au niveau de l'activité physique. »*) et surtout à lui apporter une aide pour une meilleure santé par l'activité physique. (*« [...] son rôle c'est d'aider la population à intégrer l'activité physique dans leur rythme de vie, de soigner et d'améliorer la qualité de vie par l'activité physique. », « [...] c'est un professionnel au niveau de la santé qui va s'occuper de la santé et du mieux-être de la personne par le biais de l'activité physique. »*)

Le contact humain dans l'intervention du kinésologue, la compréhension du client, de son long terme et la façon de s'occuper de ce dernier fait partie de cette deuxième catégorie. (*« Je pense que c'est vraiment le contact humain avec les gens [...] », « [un kinésologue]...doit penser au sujet... voir la totalité du sujet [...] faut qu'il se préoccupe aussi des autres 360 jours lorsqu'il ne peut pas voir la personne. », « C'est vraiment de trouver ce que la personne a besoin. »*).

Être capable de s'adapter à son client fait partie de cette catégorie car le kinésologue fait des efforts en vue du bien-être d'autrui. (*« [...] il faut toujours s'adapter le plus possible, le mieux possible à la personne. »*)

Dans le cas du kinésologue, prévenir les maladies ou les blessures (« *Plus au niveau médical, au niveau de la santé, des blessures, dans le fond, de l'amélioration de la qualité de vie.* ») et réadapter autrui (« *J'essaye de réadapter... en même temps d'adapter la personne à l'activité physique [...].* ») entrent dans cette deuxième catégorie. La prévention est donc un processus que le kinésologue utilise pour son intervention auprès de l'individu. (« *Je pense que la prévention serait où il y a le plus de travail à faire [...].* »)

Présentation des éléments constitutifs de la **catégorie 3**, associée au caractère constructiviste :

Aucune réponse des participants n'a pu être classée dans cette catégorie.

## **Thème 2 : Intérêts pour la pratique professionnelle**

Nous avons formulé trois questions relatives aux intérêts pour la kinésiologie. Or, dans le protocole de l'entrevue dirigée, les questions 2 et 3 du thème II (annexe 5, p. xxi) n'ont fait émerger aucun élément de réponse pertinent. Les éléments de réponses rattachés à ces deux questions ont donc été placés dans la catégorie « divers ». Nous n'avons pas inclus les résultats de ces deux questions dans la présentation. De la question 1<sup>2</sup> (Qu'est-ce qui vous a poussé à étudier pour devenir kinésologue?), il est ressorti des éléments de réponses qui se rattachaient au sport, à l'entraînement et aux avantages pouvant y être retirés pour soi que nous avons regroupés dans la catégorie 1.

Il est également ressorti des éléments de réponses qui se rattachaient au contact humain, à l'aide pour autrui et aux études en sciences humaines que nous avons regroupés dans la catégorie 2.

---

<sup>2</sup> Tel que mentionné aux pages 33 et 34, certains éléments de réponses obtenus ne présentaient aucune pertinence quant aux objectifs de recherche. Aucune théorisation ne pouvait être faite à partir de ces derniers qui ont été classés dans la catégorie « divers ».



Aucun autre élément de réponse n'est ressorti, pouvant être classé dans la catégorie 3.

Nous avons eu six réponses relatives à la catégorie 1, trois réponses relatives à la catégorie 2 et aucune réponse pour la catégorie 3. Voici donc le tableau relatif aux intérêts pour la kinésiologie. La première colonne du tableau présente les 3 catégories. La deuxième colonne du tableau présente la fréquence, c'est-à-dire le nombre de réponses se situant dans chacune des catégories. La troisième colonne du tableau présente un exemple issu du verbatim, illustrant la catégorie en question. Voici un tableau illustrant les intérêts pour la pratique professionnelle.

**Tableau XXI: Intérêts pour la pratique professionnelle (ED)**

Catégories	Fréquence (nb de réponses se situant dans cette catégorie / sur 9 participants)	Citations
1	6	« [...] quand j'ai vu que la technique policière ça ne marchait pas, [...] je voulais de toute façon continuer dans l'entraînement [...]. »
2	3	« [...] avec les gens, améliorer leur qualité de vie [...] vu que ça touchait au domaine de la santé. »
3	0	Aucun.

Nous allons maintenant présenter les éléments constitutifs de chacune des trois catégories.

Présentation des éléments constitutifs de la **catégorie 1**, associée au caractère techniciste :

Les sujets affectionnent le sport, l'entraînement et les avantages pour soi. (« *Ils m'ont dit : «C'est le sport. On te verrait là-dedans [...].», « À la base, c'est que j'aimais l'activité physique puis je voyais le bien que ça me faisait. », « Jusqu'à temps que je me souviene, j'ai toujours aimé le sport. Donc, c'est naturel de m'en aller là-dedans. C'est vraiment ça qui m'a fait partir. »* »)

Présentation des éléments constitutifs de la **catégorie 2**, associée au caractère humaniste :

Le contact humain dans l'intervention du kinésologue (« *[...] pour moi, c'était le fait d'être avec les gens [...]. »* ») ainsi que l'aide qu'ils peuvent y apporter (« *[...]je vais aller aider les danseurs qui ont des blessures ou pour prévenir qu'ils se fassent des blessures. »* ») font partie de cette deuxième catégorie.

Les participants qui orientaient plutôt, à la base, leurs études dans les sciences humaines se retrouvent dans cette deuxième catégorie. (« *[...] j'étudiais en sciences humaines et en danse en même temps... bien ça pourrait peut-être combiner les deux. », « J'aurais peut-être été en psychologie [...]. »* »)

Présentation des éléments constitutifs de la **catégorie 3**, associée au caractère constructiviste:

Aucune réponse des participants n'a pu être classée dans cette catégorie.

### Thème 3 : Identité professionnelle

Nous avons formulé treize questions relatives à l'identité professionnelle ( par exemple : Est-il possible que certains éléments de votre pratique vous différencient d'un autre kinésologue ? Comment décririez-vous les rapports sociaux que vous entretenez avec les autres kinésologues ? Comment décririez-vous les rapports que vous avez ou qu'un kinésologue devrait avoir avec les professionnels de la santé et des domaines connexes ? ).

Il est ressorti des éléments de réponses qui se rattachaient aux retombées, physiques et monétaires que nous avons regroupés dans la catégorie 1. De plus, nous pouvons nous rendre compte que cette catégorie 1 peut référer aussi à l'aspect d'autorité, au statut social, à une hiérarchie professionnelle et à l'accent mis sur l'activité physique.

Il est également ressorti des éléments de réponses qui se rattachaient aux préoccupations pour autrui, à l'aide apportée à l'autre, à la prévention, aux compétences interrelationnelles positives, à l'égalité interprofessionnelle, au respect pour autrui, à la multidisciplinarité et à l'interdisciplinarité que nous avons regroupés dans la catégorie 2.

Finalement, il est aussi ressorti des éléments de réponses qui se rattachaient à l'implication du client dans sa démarche, à l'habilitation ou *empowerment*, au processus critique du kinésologue, à une recherche de sens par ce dernier, au savoir-faire et à l'implication du kinésologue pour une formation continue que nous avons regroupés dans la catégorie 3.

Nous avons obtenu deux réponses relatives à la catégorie 1, cinq réponses relatives à la catégorie 2 et deux réponses relatives à la catégorie 3. Voici donc le tableau relatif à l'identité professionnelle. La première colonne du tableau présente les 3 catégories. La deuxième colonne du tableau présente la fréquence, c'est-à-dire le nombre de réponses se situant dans chacune des catégories. La

troisième colonne du tableau présente un exemple issu du verbatim, illustrant la catégorie en question. Ce tableau sera suivi d'une présentation plus détaillée des éléments constitutifs de chacune des catégories.

**Tableau XXII:** Identité professionnelle (ED)

Catégories	Fréquence (nb de réponses se situant dans cette catégorie / sur 9 participants)	Citations
1	2	« [...] j'ai mon diplôme sur le mur mais même avant que je l'aie affiché, les gens reconnaissaient que j'avais des compétences, des connaissances. »
2	5	« [...] j'étudiais en sciences humaines et en danse en même temps [...] au niveau de la santé, bien je vais aller aider les danseurs qui ont des blessures [...]. »
3	2	« [...] le kinésologue n'a pas la prétention de guérir, ça implique plus le client. »

Nous allons maintenant présenter les éléments constitutifs de chacune des trois catégories.

Présentation des éléments constitutifs de la *catégorie 1*, associée au caractère techniciste:

Les retombées sociales (diplômes reconnus) (« *Des gens vont utiliser le titre mais dans le fond, les connaissances ne sont pas là.* », « [...] *c'est seulement des personnes qui étudient là-dedans ou qui ont des bacs là-dedans, ils reconnaissent donc qu'ils sont entre bonnes mains et que ce sont des bons entraîneurs.* »), physiques (lieux d'intervention) (« [...] *il ne faut pas se le cacher, dans un gym, c'est facile! Il n'y a rien de trop essoufflant à faire.* ») et monétaires (assurances, salaires, etc.) (« [...] *on est sous-payés au niveau administratif, on est exploités au niveau administratif [...].* », « [...] *je suis hyper franche: « Regarde, c'est le salaire ! Je ne me vois pas à 35 ans encore faire ça.* », « [...] *cela pue vraiment au nez quand tu dis que tu es payé la même chose que le concierge de fin de semaine qui a 15 ans.* ») se retrouvent dans cette catégorie.

Les aspects d'autorité (loi, punition, récompense, etc.) (« [...] je suis un peu obligée de suivre certaines bornes à cause du fait que je travaille dans une grande franchise [...] je me suis fait taper sur les doigts. »), de statut social (infériorité, supériorité, etc.) (« Je pense qu'on pourrait très bien être au même point que les physiothérapeutes. D'après ma vision, on devrait être au même point que les physiothérapeutes aussi. », « J'ai eu des employés qui m'envoyaient promener, [...] qui ont une formation à faire obligatoire et que c'est la formation que je donne. ») font aussi partie de cette première catégorie.

De ce fait, la présence d'une hiérarchie<sup>3</sup> entre les professions (« On dirait que tu as les médecins, médecins sportifs, physiothérapeutes... tu sais : « Wow ! ». », « Le médecin est Dieu... tu ne peux rien faire. [...] Tu aurais médecins, infirmières, [...] puis après ça tu aurais tout ce qui est physio, ergo, [...] puis tu aurais nous, en bas, parce qu'on n'est pas connus. ») ainsi que la reconnaissance des autres professionnels de la santé (« Oui on a notre place mais il faut se faire connaître. ») émergent des éléments de réponses.

Les avantages sociaux et physiques d'avoir une reconnaissance professionnelle (« Le fait d'être reconnu et d'être capable de se faire référer. ») ou un ordre professionnel émergent aussi des entrevues en direction de la catégorie 1.

L'accent mis sur l'activité physique ainsi que les définitions ou descriptions brèves et simples de la kinésiologie (« [...] nous c'est vraiment l'activité physique. [...] justement, il est très spécifique notre champ de pratique. », « On a notre champ. C'est vraiment évaluer, donner des programmes d'exercices pour les personnes qui n'ont pas de symptômes. ») émergent des éléments de réponses.

Le souhait que les autorités standardisent les programmes universitaires (« Je sens aussi de la part des hauts placés (dirigeants des universités) qu'il y a une petite compétition : « On est la meilleure université... », mais ça ne devrait pas. », « On devrait avoir des formations qui sont relativement semblables, puis présentement, ça diffère. »), interviennent auprès des formateurs et de la formation en kinésiologie (description des tâches, des cours, etc.) et de la promotion de la discipline (« Donner de l'information sur qui on est, sur ce

<sup>3</sup> Le concept d'une hiérarchie se retrouve dans la catégorie 1 puisque la référence à l'Autorité est généralement classée par les épistémologues comme une perception « non-réflexive » de soi par rapport à l'autre. (King et Kitchener, 1994)

*qu'on fait, sur les études que nous avons faites. », « C'est de se faire connaître puis de montrer nos compétences comme telles. »)* peut s'inscrire dans la catégorie 1.

Présentation des éléments constitutifs de la **catégorie 2**, associée au caractère humaniste :

Les préoccupations envers le public par rapport aux charlatans ou aux moins diplômés (*« [...] un entraîneur qui a suivi une formation d'une semaine, bien, lui, ça manque... il va prendre un programme qui est tout déjà fait [...] et voilà. », « Mais qu'est-ce qui me différencie moi puis un autre qui n'a pas d'études ? Ils (société) ne le savent pas. »*) se retrouvent dans cette catégorie.

Les participants se définissent surtout par le fait qu'ils agissent en prévention et pour aider les autres. (*« [...] nous, c'est la prévention. », « Bien je pense que santé, prévention ... cela englobe pas mal tout. »*)

Les compétences interrelationnelles favorables à des échanges positifs sont souvent mentionnées par les participants ; que ces échanges soient au niveau kinésologue - client (*« [...] quelqu'un qui est capable de s'adapter, qui est capable d'appliquer ce qu'il a appris [...] parce qu'on travaille avec des gens. »*) ou au niveau kinésologue - autre professionnel de la santé (*« Coopération et non compétition. On n'est pas là pour voler leur job, on n'a même pas le même background de cours. », « Ce serait vraiment du partage d'informations puis de la collaboration sans enlever la job aux autres. », « À un moment donné, il faut s'occuper de la santé de la personne globalement [...]. »*).

L'égalité entre les diverses professions (*« [...] on est égal mais après ça, on a tous développé différentes spécialités. Il n'y a pas une profession qui est supérieure à l'autre. », « Je ne vois pas pourquoi nous devrions être en compétition avec les autres. »*), le respect des différentes spécialités (*« C'est une affaire de respect surtout. », « [...] dans un centre où il y a le médecin, il y a le physio, le kinésologue, tout le monde est ensemble donc c'est génial [...]. »*) et les principes de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité (*« [...] j'irais*

plus avec le deuxième... l'interdisciplinarité. « Ça ne fait pas partie de mon domaine, je réfère à quelqu'un qui en connaît plus que moi. ») relèvent de la deuxième catégorie.

Présentation des éléments constitutifs de la *catégorie 3*, associée au caractère constructiviste:

Le kinésologue qui vise une implication directe du client dans sa propre démarche de guérison, de réadaptation, d'amélioration ou de maintien dans sa santé se retrouve dans cette catégorie. De ce fait, l'autonomisation ou l'*empowerment* du client par le kinésologue s'intègre ici. (« [...] la personne devrait vraiment participer, ça devrait être elle qui se guérit elle-même parce qu'elle se connaît plus [...] tu (le client) travailles sur toi puis toi-même tu vas trouver tes réflexions à faire puis tu sais... ta prise en charge. »)

La catégorie 3 comprend ce qui relève d'un processus critique chez l'individu. De ce fait, le kinésologue qui entreprend une démarche de recherche de sens, (« [...] Ça serait que cette personne là se remet en question. ») par exemple sur l'engagement dans ses études et l'intégration des connaissances (« C'est le baccalauréat [...] c'est une preuve que cette personne-là veut, elle a mis du temps, elle a mis des efforts à apprendre puis à intégrer tout ça. »), à ses actions (« Je pense que c'est une des clés pour rendre son métier fascinant, c'est de s'impliquer [...]. ») pourrait être intégré dans cette troisième catégorie.

Tout en incluant autrui, l'intégrité humaine et le savoir-être, le savoir-faire ramène à la réalisation de soi dans sa pratique professionnelle. Une personne peut s'impliquer dans une formation continue<sup>4</sup> (« [...] on nous crée généralistes au baccalauréat, bien spécialise-toi après. C'est à toi à faire ton chemin. ») en se renseignant et en se mettant à jour sur les nouvelles connaissances (« [...] c'est une personne qui doit s'instruire tout le temps [...] qui va être capable de se mettre à jour à tous les jours [...]. »).

<sup>4</sup> Le concept de formation continue a été mis dans la *catégorie 3* parce qu'il signifie que le kinésologue doit s'engager dans l'amélioration de sa pratique et la parfaire par l'acquisition de nouvelles connaissances. La formation continue présuppose que le participant ne considère pas ses études universitaires comme une finalité atteinte, mais comme un moyen provisoire.

Cette implication personnelle s'étend également jusqu'au fait de reconnaître ses limites personnelles et professionnelles. (*« Les gens vont m'aimer bien plus si je les réfère puis que je leur permets d'évoluer... que si je travaille tout seul, que j'essaye de tout faire puis dans le fond, que je ne suis pas compétent là-dedans. »*)

#### **Thème 4 : Éthique professionnelle**

Nous avons formulé treize questions relatives à l'éthique professionnelle ( par exemple : Quelle importance accordez-vous à ce ou ces codes [code d'éthique et code de déontologie] dans votre pratique professionnelle ? Sur quels critères devrait-on, selon vous, se baser pour juger de la qualité des services offerts par les kinésioles ? Que pensez-vous de l'existence d'un comité de surveillance (discipline et traitement des plaintes) pour la profession de la kinésioles ? ).

Il est ressorti des éléments de réponses qui se rattachaient à l'autorité des codes de déontologie et d'éthique professionnelle, à l'apparence et la protection de la kinésioles, à l'autorité, au contrôle d'un comité de surveillance, aux normes, au charlatanisme et à l'éthique « spontanée » (versus réflexive), que nous avons regroupés dans la catégorie 1.

Il est également ressorti des éléments de réponses qui se rattachaient aux valeurs humaines et éthiques de chacun, aux qualités requises pour intervenir adéquatement, à la présence humaine, à la qualité du service et aux attitudes positives et respectueuses que nous avons regroupés dans la catégorie 2.

Nous n'avons pu regrouper aucun élément de réponse relativement à la catégorie 3.

Nous avons eu quatre réponses relatives à la catégorie 1, cinq réponses relatives à la catégorie 2 et aucune réponse pour la catégorie 3. Voici le tableau relatif à l'éthique professionnelle. La première colonne du tableau présente les 3



catégories. La deuxième colonne du tableau présente la fréquence, c'est-à-dire le nombre de réponses se situant dans chacune des catégories. La troisième colonne du tableau présente un exemple issu du verbatim, illustrant la catégorie en question.

**Tableau XXIII: Éthique professionnelle (ED)**

Catégories	Fréquence (nb de réponses se situant dans cette catégorie / sur 9 participants)	Citations
1	4	[...] si on est capable de protéger nos tâches, c'est déjà une guerre de plus de gagnée. »
2	5	« [...] je suis un être humain qui respecte les gens. [...] un service qui est relié aux besoins de la personne. »
3	0	Aucun.

Nous allons maintenant présenter les éléments constitutifs de chacune des trois catégories.

Présentation des éléments constitutifs de la *catégorie 1*, associée au caractère techniciste :

L'autorité des codes de déontologie et d'éthique est mise de l'avant. (« *J'aimerais qu'il y en ait une justement... pour savoir où se situer, qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est-ce qu'il ne faut pas faire.* »)

L'importance des codes de déontologie et d'éthique est faible pour certains. (« *Comme tous mes cours d'éthique, ils prennent le bord.* »)

L'apparence (« *[un ordre professionnel et un comité de surveillance] Cela ferait en sorte qu'on aurait l'air d'une association, d'un groupe important.* », « *Pour que l'on soit reconnus justement, pour que l'on ait l'air beaucoup plus professionnel.* ») ainsi que le fait d'avoir les

connaissances de base pour pratiquer (« [...] le gros du travail serait sur les connaissances parce qu'il y a tellement de monde qui disent n'importe quoi. ») ressortent des éléments de réponses.

La protection de la kinésiologie fait également partie de cette première catégorie. (*« Qu'on ait un ordre professionnel, [...] protéger le nom « kinésologue », [...] si on est capable de protéger nos tâches, c'est déjà une guerre de plus de gagnée. », « [...] mais tant qu'on a pas d'ordre professionnel, ça ne donne pas grand chose. »*)

La création d'un comité de surveillance (discipline et traitement des plaintes) émerge aussi des éléments de réponses. (*« Tu as la santé des gens en mains, tu ne peux pas ne pas être surveillé. », « Cela serait une bonne chose oui... parce qu'il y en a qui font vraiment n'importe quoi. », « On serait peut-être plus crédibles parce qu'on aurait des normes à suivre. »*) Les normes établies pour gérer et contrôler l'incompétence (*« Exiger que les gens qui sont engagés aient la formation nécessaire, soit un baccalauréat ou qu'ils sont en train de le faire [...] »*) réfèrent aussi à cette catégorie.

De plus, les réactions ou fatalités qui présentent le charlatanisme comme étant omniprésent dans tous les domaines (*« Mais je suis à peu près sûr qu'il y en a... c'est comme n'importe quoi ! »*) et qu'il est de mise de l'enrayer en kinésiologie se retrouvent dans cette catégorie (*« Ça risque de se répandre dans la population... on aura pas une bonne cote. Mais il faut essayer de limiter ça le plus possible justement pour ne pas que ça, ça produise le bordel. », « Mais oui il y en a des charlatans puis il faut les enrayer. »*)

Les participants soulignent qu'ils avaient déjà des valeurs éthiques à la base et qu'ils réfèrent souvent à leur « gros bon sens » personnel pour intervenir avec leurs clients. (*« [...] j'ai moi-même des valeurs qui, je pense, prennent la place d'un code d'éthique. », « [...] je pense que j'ai essayé d'avoir ma tête sur les épaules puis de réfléchir à ce que je peux sûrement faire et ce que je ne peux pas faire. »*)

Présentation des éléments constitutifs de la **catégorie 2**, associée au caractère humaniste :

Les qualités requises envers autrui (peu importe le type de clientèle) pour une intervention jugée compétente et professionnelle se retrouvent dans cette deuxième catégorie. Cela dit, la qualité de service (« *Ça serait quelque chose qui favorise et qui valorise l'enfant, qui favorise son développement sur plusieurs points.* », « *Un service qui est relié avec les besoins de la personne.* », « *Ma mission c'est d'avoir la satisfaction des gens.* », « *Je prends bien ça à cœur pour donner le meilleur service à chacun.* ») et la présence humaine (« *Un kinésiologue veut prendre conscience de la personne, veut aller chercher la confiance de la personne puis va avoir le meilleur suivi possible.* ») sont deux éléments émergeant pour cette catégorie.

Plusieurs exemples d'attitudes positives et respectueuses envers le client ont été nommées. Par exemple, l'écoute du client (« *C'est du cas par cas... l'écoute de la personne [...].* »), la motivation (« *Faut que tu lui montres que c'est lui qui est important.* »), l'empathie (« *Ressentir de l'empathie... toujours se mettre à la place du client.* ») et l'accueil du client (« *La première approche, l'accueil.* ») en font entre autre partie.

Présentation des éléments constitutifs de la **catégorie 3**, associée au caractère constructiviste :

Aucune réponse des participants n'a pu être classée dans cette catégorie.

### ***Synthèse des résultats issus de l'entrevue dirigée***

En résumé, en reprenant les résultats obtenus pour chacun des thèmes, nous pouvons les synthétiser dans le tableau suivant :

**Tableau XXIV : Répartition des participants selon les thèmes et les catégories (ED)**

	Thème 1) Définition de la pratique	Thème 2) Intérêts pour la pratique professionnelle	Thème 3) Identité professionnelle	Thème 4) Éthique professionnelle	Total
Catégorie 1	3	6	2	4	15
Catégorie 2	6	3	5	5	19
Catégorie 3	0	0	2	0	2

Dans l'ensemble, c'est la catégorie 2 qui affiche la fréquence la plus élevée avec 19 fois où les participants s'y retrouvent. Ceci étant dit, la catégorie 2 est dominante dans les thèmes 1) *Définition de la pratique* et 3) *Identité professionnelle*, et elle est presque à égalité avec la catégorie 1 dans le thème 4) *Éthique professionnelle*.

La catégorie 1 affiche la deuxième fréquence plus élevée avec 15 fois où les participants s'y retrouvent. Cette catégorie 1 est surtout dominante dans le thème 2) *Intérêts pour la pratique professionnelle*. Cela dit, la fréquence des réponses obtenues se répartit presque également entre la catégorie 1 et la catégorie 2 pour le thème 4) *Éthique professionnelle*. De plus, pour le thème 1) *Définition de la pratique*, cette catégorie 1 est inférieure à la catégorie 2. Finalement, la catégorie 1 est représentée de façon minimale dans le thème 3) *Identité professionnelle*.

C'est la catégorie 3 qui affiche la plus basse fréquence avec 2 réponses dans le thème 3) *Identité professionnelle*.

## CHAPITRE V

### DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

## CHAPITRE V – DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Nous rappelons que le but de l'étude était d'explorer et de mieux comprendre les représentations des kinésologues quant à leur pratique professionnelle. Pour ce faire, nous discuterons de chacune des questions de recherche qui étaient reliées aux objectifs de notre mémoire.

### 5.1 Premier objectif de recherche

Le premier objectif de recherche (« *Préciser les représentations sociales que les kinésologues se font de leur pratique professionnelle et faire ressortir les significations qu'ils accordent à l'éthique et à la déontologie.* ») a fait émerger les éléments suivants :

Dans les représentations sociales, nous avons identifié trois catégories que nous avons nommées *catégorie 1*, *catégorie 2* et *catégorie 3* et que nous avons associées aux modèles inhérents à la thèse de Giroux et Garnier (2001, p. 137) : 1) le « modèle biomédical » au caractère techniciste, 2) le « modèle biopsychosocial » plus humaniste et 3) le « modèle d'autonomisation » faisant ressortir le caractère constructiviste des représentations sociales en regard de la pratique professionnelle.

Sur l'aspect des représentations sociales que les kinésologues se font de leur pratique professionnelle, c'est sur la *catégorie 1* que le plus de réponses ont été axées (connaissances de base) en ce qui concerne l'association de mots. Quant à l'entrevue dirigée, c'est sur la *catégorie 2* que la majorité des réponses se sont axées (qualités personnelles, aide à autrui).

Sur l'aspect de l'éthique et de la déontologie professionnelles, les éléments de réponses qui ont émergé du côté de l'association de mots se centrent plutôt sur la

*catégorie 1* (autorité). Cependant, du côté de l'entrevue dirigée, les éléments de réponses se partagent en presque égalité entre la *catégorie 1* et la *catégorie 2*. En effet, l'autorité des codes régissant une pratique professionnelle côtoie les valeurs éthiques personnelles envers autrui.

Ainsi, les représentations sociales chevauchent la *catégorie 1* et la *catégorie 2* dépendant des aspects étudiés. Ceci s'applique aussi aux aspects d'éthique et de déontologie professionnelles quoiqu'une tangente plus marquée semble ressortir pour la *catégorie 1*.

La *catégorie 1* réfère à l'autorité des codes de déontologie et d'éthique afin de légiférer la pratique ou du moins, d'assurer un standard pour la profession. Les participants (quatre étudiants en kinésiologie et cinq diplômés de kinésiologie) semblent préconiser ce standard ou cette exigence tout comme abordé chez Le Boterf (2002) qui expliquait que rechercher un professionnel, c'est rechercher un sujet qui a atteint une certaine maîtrise du métier et donc de se référer à une échelle d'exigence. De plus, les participants accordent une grande importance à cette échelle d'exigence, combinant les connaissances de base et la formation continue, tout comme le Collège des Médecins le fait pour sa discipline. En effet, le Collège des Médecins (1998), a publié un rapport mettant l'accent sur l'exigence accrue d'une formation de base dans ce domaine ainsi que dans les autres. Donc, pour les participants, l'acquisition des connaissances de base semble alors représenter un aspect important des représentations sociales qu'ils se font de leur pratique professionnelle. Le standard relié aux connaissances est donc jugé comme important par les participants pour exercer une autorité sur leur discipline et ceci peut se relier à la première fonction des représentations sociales évoquée chez Abric (1994), appelée la fonction cognitive, qui inclut les connaissances disciplinaires. Le fait d'avoir des connaissances stables amène, selon les participants, une reconnaissance professionnelle (i.e. une meilleure perception des kinésologues par la population, les collègues de la santé et le gouvernement).

De plus, dans la *catégorie 1*, les participants réfèrent surtout au fait qu'ils avaient déjà des valeurs éthiques personnelles avant leur formation et qu'ils agissent avec leur « gros bon sens ». Pour les participants, ces attitudes éthiques spontanées ou acquises par l'expérience présentent une plus grande importance que celles dérivant des connaissances théoriques. Ce faisant, les représentations sociales des participants semblent revêtir un caractère techniciste, en lien avec le modèle « biomédical » proposé par Giroux et Garnier (2001). En effet, le client qui requiert des services en kinésiologie est plutôt perçu comme un être essentiellement physiologique présentant des lacunes à régler.

La *catégorie 2* réfère aux participants qui se représentent le kinésologue comme un professionnel qui est présent dans la vie des gens et qui les aide à améliorer leur qualité de vie par l'activité physique. Giroux et Garnier (2001) réfèrent au modèle « biopsychosocial » proposant que les soins soient prodigués dans une perspective de prendre soin. Ce modèle propose de voir la personne (client) comme un être « biopsychosocial ». Le modèle « biopsychosocial » est associé à une vision plus humaniste de la pratique professionnelle. Nous pouvons donc voir que les participants qui se représentent leur profession en fonction de l'aide qui peut être apportée à autrui ou simplement en prenant en compte l'autre, peuvent s'inscrire dans un modèle similaire à celui évoqué par Giroux et Garnier (2001).

La *catégorie 3*, qui renvoie à la recherche de sens et à la réflexion critique, n'a pas été retenue selon les éléments de réponses des participants concernant les thématiques de cette première question de recherche. En effet, les représentations sociales, l'éthique et la déontologie professionnelles des kinésologues ne semblent pas s'orienter vers un modèle préconisé en sciences de la santé à savoir un modèle proposant une construction sociale et une démarche d'engagement du client dans ses propres soins (autonomisation) lorsqu'il recourt aux services du professionnel de la santé consulté (Giroux et Garnier, 2001).



### *Synthèse du premier objectif*

Le chevauchement entre la *catégorie 1* et la *catégorie 2* fait émerger une représentation de la kinésiologie plutôt centrée sur les éléments des avantages pour soi, des connaissances de base et de l'autorité en plus de présenter une tendance vers la prise en compte d'autrui. Le fait que la *catégorie 3* n'ait pas été relevée indique que cette catégorie pourrait être explorée davantage, notamment dans la formation universitaire.

## **5.2 Deuxième objectif de recherche**

Le deuxième objectif de recherche (« *Identifier les formes de participation, active ou subie, et d'engagement des kinésologues quant à leur pratique professionnelle.* ») a fait émerger les éléments suivants:

Dans les formes de participation et d'engagement des professionnels, nous avons également basé nos analyses sur trois catégories (*catégorie 1*, *catégorie 2* et *catégorie 3*) associées aux trois modèles de Giroux et Garnier (2001). À la suite de l'association de mots, les représentations sociales d'une participation ou d'un engagement chez les kinésologues semblent orientées vers une recherche de prestige supposant la *catégorie 1* où les avantages pour soi et le statut social sont mis de l'avant. Cependant, sur la base de l'entrevue dirigée, il est ressorti que la *catégorie 2* est prédominante (une prise en compte d'autrui, le bien-être d'autrui, protection de l'autre, etc.).

Dans une perspective d'identification des formes de participation et d'engagement, la *catégorie 1* réfère à la participation subie (versus active). Elle regroupe des participants qui retiennent surtout l'autorité et les avantages pour soi comme caractéristiques fondamentales. La reconnaissance sociale (avantage social pour soi) est associée à un ordre professionnel, au statut, aux assurances et aux connaissances. Tout comme le soulignait Meister (1974) par rapport au prestige social, les participants semblent vouloir s'engager davantage en vue

d'obtenir un prestige social. En effet, cet auteur expliquait que la recherche d'un prestige provoque une augmentation de l'engagement des individus et ce, surtout si ces personnes sont dans une situation où la reconnaissance est à acquérir; ce qui est le cas des kinésiologues au Québec. De plus, les participants retenant l'aspect d'autorité (sous des formes de lois, punitions, récompenses, etc.) se retrouvent dans la voix passive de l'implication mentionnée chez Bataille (1996, 2000). Cet auteur soulignait qu'*être impliqué* indique que le sujet subit l'action, qu'il ne fait que suivre un mouvement ou ne se retrouve qu'engagé dans ce dernier sans avoir pensé à s'y opposer. Finalement, le fait de suivre un mouvement sans avoir pensé s'y opposer démontre également un lien avec le modèle techniciste évoqué chez Giroux et Garnier (2001). En effet, ces auteures (2001) explique que ce modèle représente les professionnels qui agissent selon une perspective de guérison. Cette perspective démontre que les professionnels interviennent simplement en appliquant ce qu'ils ont appris sans toutefois se remettre en question (suivre le mouvement sans s'y opposer).

La *catégorie 2* réfère à une participation plutôt active dans sa profession et ce, face à autrui. Elle renvoie au fait que les préoccupations envers le public par rapport aux charlatans ainsi qu'aux moins diplômés semblent pousser les participants à défendre autrui pour lui assurer une protection. Les participants démontrant cette perspective de protéger le public peuvent être associés au modèle humaniste de Giroux et Garnier (2001). En effet, ce modèle présente les professionnels agissant dans une perspective de prendre soin de l'autre. Nous pouvons également relier ces explications à Moscovici et Doise (1992) qui mettaient l'accent sur l'importance d'une participation dans les tâches et activités de groupes sociaux (par exemple, les membres d'une profession) et d'un engagement avec d'autres. Donc, en plus de la participation à l'intérieur de la pratique professionnelle, l'engagement pour autrui semble représenter une importance. Par ailleurs, les participants démontrent un intérêt pour la prévention ainsi que l'aide pour autrui dans leurs interventions. Cela pourrait être relié à la voix active de l'implication proposée par Bataille (1996, 2000). En effet, cet

auteur explique qu'un individu *s'implique* lorsqu'il s'engage à faire participer un autre individu ou un autre groupe. Finalement, il semble que la tendance des participants qui accordent une importance aux échanges interprofessionnels (référer, collaborer, interdisciplinarité, multidisciplinarité, etc.) peut être mise en relation avec les explications de Bataille (2000) portant sur l'inséparabilité du processus de représentation et du processus de communication. En effet, il importe que chacun des individus formant un groupe communique et s'implique pour aboutir à la « construction d'une forme de connaissance « impliquée » [...], à savoir une représentation [...] ». (Bataille, 2000, p. 173) C'est ainsi que peuvent se manifester certaines représentations sociales par rapport à la pratique professionnelle.

La *catégorie 3* a été relevée car certains participants portaient une réflexion critique face à leur participation et à leur engagement par rapport aux enjeux mis en cause par la Loi 90. En effet, ces participants semblent percevoir que les effets de la Loi 90 peuvent être positifs ou négatifs. Cependant, ils ne semblent pas partager les mêmes explications et aspirations pour leurs implications futures (participation et engagement) car ils ont différents vécus face à cette situation. Pour appuyer ce fait, nous référons à Meister (1974) qui expliquait que les individus et les groupes sociaux ne sont pas tous affectés avec la même intensité par le changement social. Donc, une situation comme la sanction de la Loi 90, le 14 juin 2002, semble provoquer chez les participants une remise en question et un partage d'opinions face à l'avenir de la kinésiologie et face à l'engagement que ceux-ci pourraient avoir envers leur profession. Le niveau d'adhésion collective ainsi que la position sociale semblent donc affecter leur degré de participation car, dans la visée de Meister (1974), le changement social et la modernisation désorganisent et même détruisent les cadres de la sociabilité des individus. De ce fait, les participants s'engageant dans un processus critique se retrouvent dans la voix pronominales de l'implication que Bataille (1996, 2000) appelle *s'impliquer*. Ce dernier explique que la voix pronominales correspond à un individu qui

s'engage délibérément, de façon volontaire et réfléchie. Ces participants sont alors constructivistes voire même acteur-auteur de leur propre conduite.

Dans une perspective d'« implication des kinésiologues », nous pourrions également ajouter que la situation actuelle de la Fédération des kinésiologues du Québec. En fait, cette dernière ne comporte qu'un petit nombre de membres dans ses rangs par rapport à la totalité des individus pouvant potentiellement y adhérer. Un manque d'adhésion collective ou de goût d'appartenance semble pourtant être ressenti par ces participants. Lorsque Jodelet (1989, p. 51) écrit : « L'adhésion collective contribue à l'établissement et au renforcement du lien social », nous croyons que cette notion pourrait directement s'appliquer à la situation actuelle de la profession. En effet, la création d'un ordre professionnel pour les kinésiologues semble tarder et de plus, un désengagement social des kinésiologues avec leurs pairs et les autres professionnels se fait également sentir. Finalement, un autre exemple de cette situation est sans doute les problèmes rencontrés en ce qui concerne la place de la profession dans l'interdisciplinarité dans le système de santé au Québec.

#### *Synthèse du deuxième objectif*

La participation et l'engagement des participants relèvent des trois catégories mais à différents degrés. Environ la moitié des participants semble rechercher le prestige et la reconnaissance sociale (*catégorie 1*) alors que l'autre moitié prône l'engagement avec les autres (*catégorie 2*). Finalement, une minorité de participants réfléchit de manière critique sur leur engagement personnel et professionnel en regard de la Loi 90.

### 5.3 Troisième objectif de recherche

Le troisième objectif de recherche («*Expliquer comment se manifeste la diversité des conduites des professionnels à l'intérieur d'une même profession (la kinésiologie)*») réfère 1) aux motivations qui poussent les kinésiologues à choisir d'étudier et de pratiquer cette profession, 2) à leur perception des compétences requises pour être professionnel à part entière et 3) à l'identité professionnelle. Notre étude a fait émerger les éléments suivants :

Dans la diversité des conduites des professionnels d'une même profession, nous avons également basé nos analyses sur trois catégories (*catégorie 1*, *catégorie 2* et *catégorie 3*) associées aux modèles proposés par Giroux et Garnier (2001). Concernant l'aspect des motivations qui poussent les kinésiologues à choisir d'étudier et de pratiquer cette profession, ce dernier est plus axé sur la *catégorie 1* où le goût de l'entraînement, le contexte sportif et les avantages pour soi sont présents.

Cependant, l'aspect de la perception des compétences requises pour être professionnel à part entière est axé surtout sur un chevauchement entre la *catégorie 1* et la *catégorie 2*. En effet, les connaissances et l'expérience semblent s'entrecroiser avec les échanges positifs et les compétences interrelationnelles.

Finalement, pour l'aspect portant sur les perceptions des rapports sociaux entre kinésiologues et autrui qui affectent leur position et leur identité face à la profession, ce dernier est axé sur la *catégorie 2*. L'accent émerge alors sur le domaine de la santé et de la prévention, sur les préoccupations envers le public et sur la collaboration entre professionnels de la santé.

La *catégorie 1* regroupe, par rapport aux motivations qui poussent les kinésiologues à choisir d'étudier et de pratiquer cette profession, les participants qui affectionnent le sport, l'entraînement et ses avantages pour soi. De plus, les participants perçoivent les connaissances et l'expérience comme deux éléments

concernant la compétence professionnelle, tout comme le soulignait Blin (1997) en mettant l'accent sur la formation et le savoir expérientiel. Cela dit, la compétence professionnelle et le fait de prendre des risques pour augmenter cette compétence semblent être perçus comme étant requis pour être considéré professionnel à part entière.

Les participants semblent également éprouver un désir de reconnaissance sociale car ils insistent sur le fait qu'il existe une non-reconnaissance de la kinésiologie chez les autres professionnels de la santé. Nous pouvons relier ceci aux explications de Laville (1994) portant sur le désir de réputation chez les pratiquants d'une discipline car l'emploi reste un lieu de reconnaissance sociale. Donc, en regard des éléments qui ont émergés, les participants présentent un intérêt pour la reconnaissance personnelle et la reconnaissance des compétences. Cette reconnaissance professionnelle affecte également l'identité des participants dans leurs rapports sociaux (entre kinésiologues et avec autrui) car il se manifeste des éléments de réponses dans lesquels les participants identifient leur intervention comme un travail pouvant être qualifié de professionnel et qui se doit d'être reconnu pour contrer à l'action d'intervenants non-qualifiés. L'identité des participants de notre étude semble donc être influencée par une reconnaissance de leur formation et de leur compétence par les autres (les professionnels de la santé, l'État, le public, etc.).

Cela dit, ces rapports sociaux obéissent à certaines lois spécifiques qui doivent être, selon Doise (1985), connues et acceptées par les acteurs de ce champ, mais en lien avec d'autres intérêts que les leurs. On nie donc les intérêts expressifs de chacun des agents. Cette forme de partage et d'acceptation commune des valeurs crée des liens avec les rapports internes dominants de pouvoir et de production du groupe et c'est là l'une des caractéristiques d'une société. Par exemple, tous les participants affirment croire aux bienfaits de l'activité physique et celle-ci constitue une des motivations prioritaires de la pratique de la kinésiologie pour les participants (sport, entraînement, etc.). Cependant, même si ces derniers se

rejoignent sur ce point, ils ne se perçoivent pas tous dans les mêmes champs d'intervention (entraînement sportif, prévention, réadaptation, etc.) Finalement, les participants qui réfèrent au contexte sportif et à l'entraînement peuvent être associés au modèle techniciste de Giroux et Garnier (2001) car ils se représentent leur intervention professionnelle dans une perspective de guérison (*curing*) par l'activité physique.

La *catégorie 2* correspond aux participants qui suggèrent des compétences favorables aux échanges positifs dans les rapports sociaux qu'ils entretiennent. Giroux et Garnier (2001) présentaient l'aspect humaniste de leur modèle professionnel qui implique surtout un environnement où la perspective de prendre soin de l'autre est mise en priorité. Que ce soit au niveau de la relation « kinésologue-client » ou de la relation « kinésologue-autre professionnel de la santé », il se manifeste une importance, dans les éléments de réponses des participants, de prendre en compte autrui et d'entrer en relation avec lui pour être considéré compétent dans sa pratique professionnelle. Nous pouvons également référer à Dubar et Tripier (1998) qui relevaient que le concept de compétence devient alors important pour chacune des disciplines puisque certains (pseudo) professionnels peuvent avoir une pratique médiocre et tout de même continuer d'exercer.

De plus, les participants mettent l'accent sur le domaine de la santé et de la réadaptation dans une perspective d'adaptation au client en vue du bien-être de l'autre, du contact humain et de la compréhension du client. Nous pouvons relier ces éléments de réponses aux concepts abordés chez Obin (1995) qui portaient sur l'identité professionnelle basée et construite en grande partie sur les représentations et les pratiques spécifiques au milieu dans lequel on exerce. Le milieu professionnel qui retient le plus l'attention chez les participants est celui incluant la santé et la prévention. Cela fait donc ressortir le fait que les participants de notre étude se perçoivent bel et bien comme des professionnels de la santé. Toutefois, le fait que les participants ressentent une appartenance au

domaine de la santé (incluant les autres professionnels déjà établis) peut être relié à la notion de «carrefour» élaborée par Doise (1985, p. 244) qui souligne que les professionnels d'un même secteur d'activité (par exemple, les professionnels de la santé) se dirigent souvent vers le même but sans toutefois se rencontrer. Ces professionnels croient avoir une visée et un chemin différents mais la finalité (la santé de la population) restera toujours la même pour tous. Même si leur but est le même, chacun d'entre eux défend parfois sa vision qu'il ou elle considère différente des autres professionnels. Étant donné l'existence d'un partage et d'une adhésion à des valeurs communes spécifiques à chacune des disciplines, nous pouvons référer à Jodelet (1989, p. 51) qui soulignait que «le partage sert à l'affirmation symbolique d'une unité et d'une appartenance. » De plus, il est vrai que nous ne pouvons pas tous penser de la même façon mais il nous est tout de même possible de prendre une direction semblable malgré nos divergences d'opinions. L'importance se pose alors sur le fait d'élucider les points de vue différents qui souvent sont à l'origine des désaccords sans pour autant perdre de vue cette direction semblable qu'est la santé de la population. Une relation du type « agents sociaux / exclu » développé chez Abric (1996) semble se manifester des résultats car les participants sont en interaction constante avec de multiples acteurs environnants : les membres de leur groupe, les agents sociaux (gouvernement, autres professionnels, public, etc.), les institutions et leur système de règles et de normes, etc. Ainsi, certains kinésologues se sentent exclus du groupe des professionnels de la santé au Québec et cela peut être attribué à l'impression qu'ils ont d'être au bas d'une hiérarchie entre ces acteurs environnants. Nous pouvons aussi relier ce désir de reconnaissance à Dubar et Tripier (1998) qui qualifiaient le travail de professionnel, de rémunéré, d'organisé et de reconnu.

Dans la même visée de santé pour la population voire de prévention pour autrui, les participants ont mis l'accent sur leurs préoccupations envers le public par rapport au charlatanisme et aux moins diplômés et sur l'égalité entre les diverses professions. En effet, Bletchert *et al.* (1987) expliquent l'égalité



interprofessionnelle et même l'interdisciplinarité en soulignant le caractère fondamental de la participation de chacun des professionnels ayant alors une importance égale. De ce fait, il ressort de notre étude que les participants ressentent la possibilité de relations positives entre la kinésiologie et la physiothérapie. En effet, les participants prônent l'égalité professionnelle ainsi que la collaboration interprofessionnelle (par exemple, se référer des clients d'une part et d'autre). Finalement, les participants estiment qu'ils ont leur propre spécialité et que les échanges interprofessionnels devraient être privilégiés face au chevauchement des tâches. En référant à l'approche nouvelle qu'un kinésologue peut apporter dans un modèle interdisciplinaire, développée par Brochu et Prud'Homme (1992), ce professionnel serait en mesure de proposer « une approche globale » chez les clients. Selon les participants, le chevauchement de tâches ne serait donc pas un problème si les échanges interprofessionnels étaient positifs et concluants.

La *catégorie 3* renvoie aux participants qui croient que la compétence professionnelle des kinésologues se juge, entre autre, par l'implication directe et l'autonomisation du client. Ces participants s'inscrivent donc dans le modèle constructiviste présenté par Giroux et Garnier (2001) où la personne est considérée comme un être capable d'auto-soins et dans lequel les soins sont prodigués dans une perspective d'éduquer en vue d'une implication personnelle du client dans sa démarche (habilitation ou *empowerment*). Donc, ces participants retiennent que les kinésologues qui réfléchissent de manière critique et qui recherchent un sens sur leur pratique peuvent être considérés compétents professionnellement.

### *Synthèse du troisième objectif*

Dans les conduites professionnelles des kinésologues, les motivations et intérêts qui guident une majorité des participants semblent être surtout reliés à la *catégorie 1* (goût du sport, de l'entraînement). Du côté de la perception des compétences requises pour être considéré comme professionnel, il ressort qu'une

faible majorité des participants est orientée vers la *catégorie 1* (avantages sociaux pour soi, reconnaissance professionnelle). Cela dit, pour les autres participants, bon nombre de ceux-ci sont orientés vers la *catégorie 2* (qualité des échanges entre professionnels) et une minorité de ces derniers relèvent de la *catégorie 3* (implication et autonomisation du client). Cette division des participants entre les trois catégories suppose que les compétences en kinésiologie ne sont pas encore perçues de la même manière chez les pratiquants de cette discipline. Finalement, en ce qui concerne les rapports sociaux entretenus par les kinésioles, la grande majorité des participants se retrouve dans la *catégorie 2* en abordant la prévention pour la santé d'autrui, l'égalité entre les professionnels de la santé et l'interdisciplinarité possible entre ces derniers.

### *Synthèse du chapitre 5*

En résumé, nous pouvons remarquer que c'est la *catégorie 1* et la *catégorie 2* qui ressortent le plus dans les éléments de réponses recueillis lors de cette étude.

Pour la *catégorie 1*, les thèmes qui s'y rattachent sont 1) les représentations sociales sur leur pratique, 2) l'éthique professionnelle, 3) la participation et l'engagement, 4) les perceptions des compétences requises et 5) les motivations et intérêts pour la pratique.

Du côté de la *catégorie 2*, les thèmes qui s'y rattachent sont 1) les représentations sociales sur leur pratique, 2) l'éthique professionnelle, 3) la participation et l'engagement, 4) les perceptions des compétences professionnelles requises et 5) les perceptions des rapports sociaux des kinésioles.

Il est donc possible de remarquer un chevauchement pour une majorité de thèmes entre la *catégorie 1* et la *catégorie 2*. Voici ces thèmes qui contiennent des éléments se manifestant dans les deux catégories : 1) les représentations sociales sur leur pratique, 2) l'éthique professionnelle, 3) la participation et l'engagement, 4) perceptions des compétences professionnelles requises.

Finalement, la *catégorie 3* ressort peu de nos analyses. Elle est très marginale mais s'est tout de même faiblement pointée dans les deux thèmes suivants : 1) la participation et l'engagement et 2) les perceptions des compétences professionnelles requises.

CHAPITRE VI

CONCLUSION

## CHAPITRE VI – CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous allons conclure notre étude en présentant une synthèse générale des résultats de cette dernière ainsi qu'en proposant une ouverture vers de nouvelles hypothèses qui seraient susceptibles d'être exploitées lors d'études ultérieures concernant les représentations sociales des kinésiolesgues.

Nous avons relevé, dans la problématique, un manque de consensus quant à la définition de la kinésiolele et de ses champs de pratique. Ce faisant, nous avons inféré un manque de consensus dans les représentations sociales que les kinésioleles se font de leur profession. En effet, tout comme la définition de la kinésiolele, qui est une construction sociale, les représentations sont des constructions qui relèvent d'un processus à la fois individuel et social.

L'étude des représentations sociales des kinésioleles est pertinente car ce sont les représentations sociales qui guident notre agir (expérientiel et professionnel). Les représentations sociales sont présentes dans les différents aspects de notre réalité de tous les jours. Elles orientent les conduites et les communications des individus. De plus, le caractère pluriel des représentations sociales provoque en soi une panoplie de dynamiques relationnelles influençant les individus d'un groupe ou d'une société. En outre, des modifications dans les représentations sociales sont susceptibles d'apporter des changements dans les pratiques et réciproquement. Nous avons donc convenu d'explorer les représentations sociales des kinésioleles en ce que ces dernières déterminent ce que signifie cet objet (la pratique professionnelle), puisqu'elles le construisent.

Rappelons maintenant les objectifs de notre étude :

1. Préciser les représentations sociales que les kinésioleles se font de leur pratique professionnelle et les significations qu'ils accordent à l'éthique et à la déontologie.

2. Identifier les formes de participation (active ou subie) et d'engagement des kinésiologues quant à leur pratique professionnelle en lien avec les applications possibles des représentations sociales.
3. Expliquer comment se manifeste la diversité des conduites des professionnels à l'intérieur d'une même profession (la kinésiologie).

Pour répondre aux objectifs de recherche, nous avons utilisé trois outils de collecte de données : 1) l'analyse par l'association de mots, 2) l'entrevue semi-dirigée et 3) l'entrevue dirigée. Pour notre recherche qualitative, le choix de ces trois outils nous permettait d'assurer une crédibilité et une fiabilité scientifiques. En effet, une mise en relation de ces instruments de collecte de données a permis d'effectuer une triangulation des résultats.

L'échantillonnage était composé de neuf participants (quatre étudiants en kinésiologie et cinq diplômés de kinésiologie) et il a été constitué par effet « boules de neige ». L'accent a été placé sur la diversité des participants (étudiants versus diplômés) conformément à la méthode de la théorisation ancrée. Nous avons utilisé la théorisation ancrée comme méthode d'analyse pour parvenir à mieux comprendre et à faire émerger quelques éléments théoriques relatifs aux représentations sociales des kinésiologues par rapport à la pratique professionnelle, à l'éthique, à la participation et à l'engagement, aux motivations et intérêts pour la pratique professionnelle, aux perceptions des compétences professionnelles requises ainsi qu'aux perceptions des rapports sociaux des kinésiologues.

Pour les résultats, nous avons, dans un premier temps, élaboré un regroupement basé sur trois catégories nommées *catégorie 1*, *catégorie 2* et *catégorie 3*. Dans un deuxième temps, chacune des catégories a été définie, justifiée et reliée aux modèles proposés par Giroux et Garnier (2001) à savoir : 1) un modèle au caractère techniciste, 2) un modèle au caractère humaniste et 3) un modèle au caractère constructiviste.

Il a été possible de remarquer que la majorité des éléments de réponses donnés par les participants chevauchaient la *catégorie 1 - techniciste* (avantages sociaux pour soi, autorité, etc.) et la *catégorie 2 - humaniste* (prise en compte d'autrui, bien-être de l'autre, etc.), tandis que la *catégorie 3 - constructiviste* (processus critique, recherche de sens, implication du client, etc.) était minimalement représentée.

Parmi les thèmes reliés aux catégories 1 et 2, il est ressorti : 1) les représentations sociales sur leur pratique, 2) l'éthique professionnelle, 3) la participation et l'engagement et 4) perceptions des compétences professionnelles requises. La *catégorie 3* s'est fait sentir dans les deux thèmes suivants : 1) la participation et l'engagement et 2) les perceptions des compétences professionnelles requises.

De façon plus particulière, nous avons pu remarquer du côté de l'éthique professionnelle que l'autorité des codes régissant une pratique professionnelle côtoie les valeurs éthiques personnelles envers autrui. Les relations interprofessionnelles positives ressortent comme élément à privilégier face à la situation du chevauchement de tâches dans le domaine de la santé. Lors des échanges interprofessionnels, l'importance semble être mise sur deux facteurs par rapport à un engagement accru des participants dans leur pratique professionnelle : le bien-être d'autrui ou le désir d'une reconnaissance sociale. Cela dit, malgré le désir d'une reconnaissance sociale, les kinésiologues présentent une faible adhésion sociale à leur groupe professionnel. Cette faible adhésion sociale présuppose un manque de participation personnelle et d'engagement pour sa profession. Ce manque de participation et d'engagement affecte l'identité professionnelle des kinésiologues. Certains autres facteurs semblent affecter l'identité professionnelle : la compétence professionnelle perçue par les kinésiologues, les connaissances de base, l'expérience, les échanges positifs et les habiletés relationnelles.

En regard de la motivation des kinésiologues envers leur profession, tous les participants ont démontré un intérêt pour l'activité physique. Cependant, les représentations sociales quant à l'orientation de la kinésiologie ne font pas l'unanimité. Les participants oscillent entre l'entraînement sportif et la prévention de la santé chez la population. Il semble s'agir là d'une opposition interne dans le groupe social que sont les kinésiologues. En outre, la position des participants semble être affectée également par la sanction de la Loi 90 et les enjeux qu'elle provoque. Comme cette dernière implique une majorité voire la totalité des professionnels de la santé au Québec, certains kinésiologues se sentent exclus du groupe. Ce sentiment d'exclusion semblerait être relié à la présence d'une hiérarchie ressentie chez les participants ainsi qu'à un désir de reconnaissance sociale de la kinésiologie chez les autres professionnels. Finalement, l'implication directe du client dans sa démarche ou l'autonomisation de ce dernier comme fin de la pratique professionnelle est une avenue peu préconisée chez les participants.

Bref, l'un des questionnements qui a émergé de cette étude renvoie au chevauchement entre la *catégorie 1* et la *catégorie 2*. Aussi, pour vérifier cet état de fait et, s'il y a lieu, faire ressortir davantage la catégorie dominante, il serait pertinent de recourir à une autre étude, avec un plus grand nombre de participants et des instruments de collecte de données plus variés. De plus, il pourrait être enrichissant d'explorer plus en profondeur les différences qui existent entre les étudiants actuels en kinésiologie et les kinésiologues diplômés déjà en place sur le marché du travail quant à la diversité de leurs éléments de réponses et aux catégories dans lesquelles ils se situent.

Il pourrait être également intéressant d'explorer les représentations sociales que le public québécois se fait de la kinésiologie car cette discipline est encore très jeune et nouvelle. Finalement, il pourrait s'avérer pertinent d'approfondir les représentations que les kinésiologues vivent en ce qui concerne leur



environnement de travail ou bien sur les représentations des autres professionnels (agents sociaux) envers les kinésiolesgues.

## RÉFÉRENCES

## RÉFÉRENCES

**Abric, J.-C.** (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.

**Abric, J.-C.** (1996). De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. In J.-C. Abric (dir.), *Exclusion sociale, insertion et prévention*. (pp. 31-61). Paris : Érès.

**Baba, V.V.** (1989). Central life interests and job involvement : an exploratory study in the developing world. *International Journal of Comparative Sociology*, 30 (3-4), p. 181-194.

**Bataille, M.** (1996). Modalités d'implication des acteurs dans les processus d'innovation. In Cros, F. et Adamczewski, G. (dir.) *L'innovation en éducation et en formation*. (pp.119-128). Bruxelles : De Boëck & Larcier.

**Bataille, M.** (2000). Représentations, implicitation, implication des représentations sociales aux représentations professionnelles. In Garnier, C. et Rouquette, M.-L. (dir.) *Représentations sociales et éducation*. (pp.165-190). Montréal : Éditions Nouvelles.

**Bataille, M., Blin, J.-F., Jacquet-Mias, J. et Piasser, A.** (1997). Représentations sociales, représentations professionnelles, systèmes des activités professionnelles. *L'Année de la recherche en sciences de l'éducation*, 57-90.

**Bertaux, D.** (1980). L'approche biographique: sa validité, ses potentialités. *Cahiers internationaux de sociologie*, 69, 197-225.

**Bletchert, T. F., Christiansen, M.F. et Kari, N.** (1987). Intraprofessionnal team building. *Am. J. Occ. Therapy*, 41, 576-582.

**Blin, J.-F.** (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris : Éditions L'Harmattan.

**Bourdieu, P.** (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Genève : Droz.

**Brochu, M. et Prud'homme, D.** (1992). *Le rôle du kinésologue au sein des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires dans le système de santé*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.

**Canto-Sperber, M.** (1999). Philosophie morale et éthique professionnelle. In Frison-Roche, M.-A. (dir.) *Secrets professionnels : Essais*. (pp.103-117) Paris : Éditions Autrement.

**Carugati, F. et Selleri, P.** (2000). Pratiques éducatives, socialisation et représentations sociales. In Garnier, C. et Rouquette, M.-L. (dir.) *Représentations sociales et éducation*. (pp.1-26). Montréal : Éditions Nouvelles.

**Collège des médecins du Québec** (1998). *Nouveaux défis professionnels pour les médecins des années 2000*. Rapport et recommandations de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000. Montréal.

**D'Amours, Y.** (1988). *Activité physique, santé et maladie*. Montréal : Édition Québec/Amérique.

**Daniel, M.-F., Doudin, P.-A. et Pons, F.** (2005). *Les représentations que se font les enfants de la violence*. Texte de communication présenté au Colloque de l'American Educational Research Association (AERA). Montréal. Avril.

**Dennison, P., Dennison, G. et Teplitz, J.** (2002). *Brain Gym au bureau : Une réponse efficace à tous les stress professionnels*. Barret-sur-Méouge (France) : Éditions Le Souffle d'Or.

**Doise, W.** (1985). Les représentations sociales: définition d'un concept. *Connexions*, 45, 243-253.

**Doise, W., Clémence, A. et Lorenzi-Cioldi, F.** (1992). *Représentations sociales et analyses de données*, Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.

**Dubar, C. et Tripier, P.** (1998). *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin Éditeurs.

**Dussault, G.** (1989). Professionnalisation, éthique et mieux-être collectif (pp.111-125). In Tremblay, J. (dir.), *L'éthique professionnelle; réalités du présent et perspectives d'avenir au Québec* (pp. 111-125). Cahier de Recherche Éthique 13. Éditions Fides.

**Giroux, L. et Garnier, C.** (2001). La représentation du corps dans la formation médicale. In Lebrun, M. (dir.). *Les représentations sociales. Des méthodes de recherche aux problèmes de société* (pp. 133-151). Montréal: Les Éditions Logiques.

**Glaser, B.G. et Strauss, A.L.** (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

**Guyard, J.-C.** (2001). *Kinésiologie relationnelle: pour harmoniser vos relations amoureuses, familiales et professionnelles*. Paris: Guy Trédaniel Éditeur.

**Holdway, A.** (2000). *Kinésiologie: le test musculaire, l'équilibration de l'énergie pour la santé et le bien-être*. Paris: Guy Trédaniel Éditeur.

**Jodelet, D.** (1989). Représentations sociales: un domaine en expansion. In D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 31-61). Paris : Presses Universitaires de France.

**King, P. et Kitchener, K.** (1994). *Developing Reflective Judgment*. San Francisco: Jossey-Bass

**Kvale, S.** (1996). *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, California : Sage Publications.

**Lamoureux, A.** (1992). *Une démarche scientifique en sciences humaines; méthodologie*. Laval: Éditions Études Vivantes.

**Laville, J.-L.** (1994). La nouvelle question sociale. In Eme, B. et Laville, J.-L. (dir.), *Cohésion sociale et emploi*. (pp. 19-26). Paris: Desclée de Brouwer.

**Laperrière, A.** (1997). La théorisation ancrée (grounded theory): Démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309-340). Boucherville : Gaëtan Morin.

**Le Boterf, G.** (2002). *Développer la compétence des professionnels*. Paris : Éditions d'Organisation.

**Legault, G. A.** (2001). *Professionnalisme et délibération éthique*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

**Legault, M.** (1998). Comment les étudiants en médecine construisent leur identité professionnelle. *L'Actualité Médicale*, 20 mai 1998.

**Lejeune, M.** (1989). *Implication au travail, compréhension du phénomène*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.

**Lippert, L. S.** (2000). *Clinical kinesiology for physical therapist assistants*. (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia : F.A. Davis Company.

**Loi n° 90** (2002, chapitre 33). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. *Gazette officielle du Québec*. 27 décembre 2002, 134<sup>ième</sup> année, no 52.

**Meister, A.** (1974). *La participation dans les associations*. Paris : Les Éditions ouvrières.

**Moliner, P.** (1993). Cinq questions à propos des représentations sociales. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 20, 5-13.

**Moliner, P.** (2000). Étudier pour quoi faire? In Garnier, C. et Rouquette, M.-L. (dir.), *Représentations sociales et éducation*. (pp.79-92). Montréal : Éditions Nouvelles AMS.

**Moscovici, S.** (1961 / 1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1961).

**Moscovici, S. et Doise, W.** (1992). *Dissensions et Consensus*. Paris : Presses Universitaires de France.

**Neumann, D. A.** (2002). *Kinesiology of the musculoskeletal system : Foundations for physical rehabilitation*. St. Louis : Mosby Inc.

**Obin, J. P.** (1995). *La face cachée de la formation professionnelle*. Paris : Hachette.

**O'Neil, L.** (1977) *La déontologie professionnelle au Québec*. Rapport de recherche préparé par L'Institut Supérieur des Sciences Humaines (ISSH) à la demande de l'Office des professions du Québec. (Janvier 1997) : Québec.

**Ouellet, A.** (1994). *Processus de recherche : Une introduction à la méthodologie de la recherche* (2<sup>e</sup> éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec.

**Pires, A.** (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : Essai théorique et méthodologique. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-172). Boucherville : Gaëtan Morin.

**Poupart, J.** (1997). L'entretien de type qualitatif : Considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.173-210). Boucherville : Gaëtan Morin.

**Presse Canadienne** (2004, 11 septembre). Les premiers ministres veulent exploiter la vulnérabilité de Paul Martin [version électronique]. Récupéré le 13 septembre 2004 de <http://www.cyberpresse.ca/actualites/article/1,63,0,092004,789288.shtml>

**Raffi, G.** (1988). Formation des travailleurs sociaux et mobilisation sociale. *Pour*, no. 119, 123-128. Paris : Privat.



**Rouquette, M.-L. et Rateau, P.** (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

**Savoie-Zajc, L.** (1997). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (3<sup>e</sup> éd.) (pp. 263-285). Québec : Presses de l'Université du Québec.

**Schoenfeld, A. H.** (1999). Looking toward the 21<sup>st</sup> Century : Challenges of educational theory and practice. *Educational Researcher*, 28 (7), 4-14.

**Schurmans, M.-N. et Serferdjeli, L.** (2000). Conditions sociales de la structuration des représentations. In Garnier, C. et Rouquette, M.-L. (dir.) *Représentations sociales et éducation*. (pp.93-109). Montréal : Éditions Nouvelles.

**Segall, M. H.** (1988). Individual, social and professional identity. In P. T. Marsh (dir.), *Contesting the boundaries of Liberal and Professional Education : The Syracuse Experiment*. (pp.87-98). Syracuse: Syracuse University Press.

**Teiger, C.** (1993). Représentation du travail, travail de la représentation. In Weill-Fassina, A., Rabardel, P. et Dubois, D. (dir.), *Représentations pour l'action*. (pp. 311-345). Toulouse : OCTARES Éditions.

**Van Der Maren, J. M.** (1996). *Méthodes de recherche pour l'Éducation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

## ANNEXES

# ANNEXE 1 – Formulaire de renseignements aux participants

## Renseignements aux participants

**TITRE DE L'ÉTUDE :** Les représentations que se font les kinésiologues de leur pratique professionnelle.

**Directrice de maîtrise et chercheure responsable :**

Marie-France Daniel

C.P. 6128, succursale Centre-Ville

Montréal (Québec), Canada

H3C 3J7

Tél. : (514) 343-5624

[REDACTED]

**Cette étude est faite dans le cadre d'un mémoire de maîtrise :**

**Étudiant de maîtrise :** Eric Bilodeau

[REDACTED]

**INTRODUCTION : *Raison d'être de l'étude***

La kinésiologie est une discipline qui tente de s'inscrire dans le domaine paramédical. Il a été démontré scientifiquement (notamment, D'amours, 1988) que l'adoption de bonnes habitudes de vie chez certains individus, telle que la pratique régulière d'activités physiques, peut aider à diminuer voire même enrayer certaines complications liées à des pathologies métaboliques (obésité, hypertension, diabète, cancer du côlon, etc) ou mécaniques. Par problèmes mécaniques, on entend ces facteurs qui imposent des restrictions aux mouvements naturels du corps. En intervenant par leur fonctionnement, ils réduisent l'efficacité ou le rendement des articulations, des muscles et des os.

La kinésiologie peut s'inscrire dans un modèle interdisciplinaire des professionnels de la santé. Parmi toutes les tâches de ces professionnels, les tâches du kinésiologues peuvent apporter une nouvelle dimension quant aux services offerts aux patients ou aux clients. Cette nouvelle dimension est caractérisée par « une approche globale »

pour la santé de des personnes qui consultent les kinésiologues. (Brochu et Prud'Homme, 1992) Les missions du kinésiologue sont multiples et touchent l'application de l'activité physique dans un cadre de santé et de mieux-être, d'adoption de saines habitudes de vie, de sports de haut niveau, de réadaptation et de recherche. Même si plusieurs professionnels de la santé, ayant chacun leur champ de pratique spécifique, s'impliquent au sein d'une équipe interdisciplinaire, la participation de chacun est fondamentale et d'importance égale (Bletchert et col., 1987). Dû aux recommandations de la Loi 90 et au contexte dans lequel évoluent les kinésiologues (i.e. peu de reconnaissance auprès de la population, des professionnels de la santé et des autorités gouvernementales), il importe de faire connaître la pratique et le rôle des kinésiologues.

Il nous paraît pertinent d'orienter cette recherche exploratoire sur les représentations. De cette façon, le recours aux représentations sociales nous aidera à mieux cerner les pratiques et les enjeux qui caractérisent les kinésiologues. Comme ces représentations donnent à l'objet construit un caractère de reflet du réel, les pratiques et les enjeux sont socialement insérés dans un « déjà-là-pensé ». C'est pourquoi l'utilisation des représentations sociales nous semble primordiale pour atteindre les objectifs de cette étude.

## **BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

Le but de cette étude est d'explorer et de mieux comprendre les représentations individuelles et de groupe des kinésiologues quant à leur pratique professionnelle.

Le projet de mémoire mené ici a trois objectifs : préciser l'apport du champ des représentations sociales sur la pratique professionnelle des kinésiologues et sur les significations qu'ils accordent à l'éthique et à la déontologie; identifier les applications possibles des représentations sociales sur les formes de participation (active ou subie) et d'engagement des kinésiologues quant à leur pratique professionnelle dans ce nouveau champ de pratique; identifier comment se manifestent les conduites des professionnels à l'intérieur d'une même profession (la kinésiologie).

## **MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE**

Cette recherche respecte l'anonymat des participants. Les informations reçues ainsi que les analyses qui en découlent se feront de façon à respecter les critères d'anonymat et de confidentialité.

Pour les participants kinésiologues étudiants et les kinésiologues diplômés, les instruments de collecte de données utilisés seront l'association de mots, l'entrevue semi-dirigée (réaction verbale à un texte de loi) et l'entrevue dirigée.

Un questionnaire socio-démographique (situation de travail, scolarité, âge et université fréquentée) sera aussi utilisé.

L'entrevue semi-dirigée comprend généralement un petit nombre de questions allant jusqu'à un maximum d'environ 10 à 12 questions. De plus, dans une entrevue semi-dirigée, les questions sont ouvertes pour éviter d'obtenir des réponses brèves et peu révélatrices, du genre « oui » ou « non ». En tant que sujet, vos tâches seront de répondre le plus honnêtement et spontanément possible. Notre but est de comprendre les représentations que vous avez sur la pratique professionnelle des kinésiologues.

L'heure des rencontres sera déterminée de manière à satisfaire à votre horaire. La durée de chacune d'elles ne devrait pas dépasser 45 minutes. Plus précisément, la première rencontre pour les kinésiologues étudiants et les kinésiologues diplômés durera environ 30 minutes tandis que la deuxième pourra aller jusqu'à 45 minutes. Les rencontres se dérouleront dans l'endroit de votre choix ou celui convenant le mieux aux deux partis (interviewer et sujet).

Le personnel de recherche a suivi des formations universitaires afin d'assurer la qualité des entrevues et des différentes étapes de la recherche en cours. Ceci dit, toutes les entrevues seront menées par Eric Bilodeau, étudiant de maîtrise lors de ce projet. Finalement, si vous le désirez, nous nous portons garant de vous fournir les résultats de cette recherche ainsi que toute autre forme de suivi, s'il y a lieu, lors des cinq (5) années suivant la fin de l'étude.

## **CONDITIONS DE PARTICIPATION DU PARTICIPANT**

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous rencontriez les conditions suivantes :

1. Être un étudiant de 2<sup>ième</sup> ou 3<sup>ième</sup> année inscrit à un programme de 1<sup>er</sup> cycle universitaire en kinésiologie ou être détenteur d'un diplôme de baccalauréat en kinésiologie.
2. Maîtriser la langue française.
3. Accepter, lors de deux rencontres, de répondre à des questions portant sur divers thèmes reliés à la kinésiologie.
4. Être âgé de 18 ans ou plus.

## **AVANTAGES À PARTICIPER**

Le participant pourra retirer les bienfaits de son apport à cette recherche quant au développement de son champ de pratique qu'est la kinésiologie.

## **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Le participant ne retirera aucun avantage de cette recherche mais il pourrait tirer des bienfaits de son apport à cette recherche quant au développement de son champ de pratique qu'est la kinésiologie. Les risques ou inconvénients encourus lors de ce projet ne sont pas plus grands que les risques encourus par les sujets dans leur vie de tous les jours que ce soit au niveau physique, psychologique et situation sociale.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT OU EXCLUSION DE L'ÉTUDE**

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer sans préjudice en tout temps sans devoir justifier votre décision et sans que cela ne nuise à tout traitement futur. Dans le cas échéant, toutes les données recueillies vous concernant seront détruites sur le champ et ne feront pas partie des étapes futures de l'étude (analyse, interprétation, discussion et conclusion sur les données).

Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous devez aviser verbalement Marie-France Daniel au (514) 343-5624 ou par écrit au courriel suivant : [REDACTED] ou bien à Eric Bilodeau [REDACTED] ou par écrit à l'adresse courriel suivante : [REDACTED].

## **RÈGLES RÉGISSANT L'ARRÊT DE L'ÉTUDE**

Cette étude pourra être arrêtée de façon permanente si l'étudiant de maîtrise, Eric Bilodeau, met fin à ses études supérieures. Du côté des participants, le changement de statut ou de discipline pourra conduire dans certains cas à la cessation de participation à l'étude.

## **DÉDOMMAGEMENT EN CAS DE PRÉJUDICES**

Tel que mentionné précédemment, il n'y aura aucun préjudice prévu dans la participation à cette étude.

## **CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS**

Votre nom et votre adresse ne seront **pas** entrés dans la base de données informatisées. L'utilisation d'un code permettra la transcription, l'analyse et la transmission des données recueillies sans que votre nom ou toutes autres informations personnelles ne soient divulguées. De cette manière, aucun renseignement ne permettra de reconnaître un participant de l'étude. Les dossiers de l'étude ne seront

en aucun cas mis à la disposition d'un tiers et seront conservés dans un classeur sous clé dans le bureau de la directrice de maîtrise, Marie-France Daniel.

La durée de conservation des données sous toutes ses formes (enregistrements audio, verbatims, formulaires de consentement dûment remplis, etc.) sera de cinq (5) ans après l'acceptation du mémoire mais les cassettes audio seront détruites à l'acceptation du mémoire. Durant le temps de l'étude, ces formes de données ne seront utilisées que par l'étudiant de maîtrise et la directrice de la recherche. Les résultats de l'étude seront divulgués sous forme écrite dans le mémoire de maîtrise d'Eric Bilodeau et dans des articles scientifiques et/ou sous forme orale lors de présentation à des congrès.

Finalement, des représentants autorisés du comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal peuvent demander à examiner les données pour fin de vérifications ou de suivis déontologiques.

### **QUESTIONS SUR L'ÉTUDE (Renseignements et urgence)**

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'expérimentation) avec la chercheuse responsable :

**Marie-France Daniel**

Chercheuse responsable et directrice de maîtrise :

C.P. 6128, succursale Centre-ville

Montréal (Québec), Canada

H3C 3J7

514-343-5624 ou [REDACTED]

### **ÉTHIQUE**

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, M. Michel Bergeron (Téléphone (514) 343-6111 poste 5520). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université de Montréal, Madame Marie-José Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

## ANNEXE 2 – Formulaire de consentement

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT / Signatures**

Titre de l'étude : Les représentations que se font les kinésithérapeutes de leur pratique professionnelle.

Investigateur : (nom en lettres moulées) .....

Je, (nom en lettres moulées du participant).....  
déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu une copie, en  
avoir discuté avec (nom de l'investigateur en lettres moulées).....  
.....et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les  
inconvenients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette  
étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du sujet ..... Date .....

Je, (nom en lettres moulées de l'investigateur).....  
déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvenients  
de l'étude à (nom en lettres moulées du sujet).....

Signature de l'investigateur .....Date.....

Témoin autre qu'un individu associé au projet

(nom en lettres moulées) .....

Signature du témoin .....Date.....



## ANNEXE 3 – Guide de l'association de mots

**Consignes :** À quoi associez-vous les concepts suivants?

*Note : Si le sujet ne comprend pas bien la question, lui formuler la suivante: Donnez-moi trois mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit lorsque je nomme les concepts suivants?*

- 1) La « **reconnaissance professionnelle** »?
- 2) Le « **code de déontologie** »?
- 3) La « **santé** »?
- 4) Un « **kinésologue** »?
- 5) Le « **corps** »?
- 6) L'« **éthique professionnelle** »?
- 7) La « **personne** »?
- 8) L'« **activité physique** »?
- 9) La « **prévention** »?
- 10) La « **compétence professionnelle** »?
  
- 11) Nommez 3 tâches associées au travail des kinésilogues.
- 12) Nommez 3 autres champs professionnels auxquels vous associez la kinésiologie.
- 13) Nommez 3 caractéristiques d'un kinésologue compétent ou d'un "bon" kinésologue.
- 14) Nommez 3 relations entre la kinésiologie et la santé.
- 15) Nommez 3 relations entre les kinésilogues et les professionnels de la santé.
- 16) Nommez 3 raisons associées à la reconnaissance professionnelle de la kinésiologie.

## ANNEXE 4 – Guide de l’entrevue semi-dirigée

### Entrevue semi-dirigée : réaction verbale à un texte de loi

1) Connaissez-vous la Loi 90 et ses enjeux?

(Cette question est utilisée pour introduire la lecture d’un résumé du texte de la Loi 90)

2) Pouvez-vous expliquer ses enjeux et nous dire ce que vous en pensez?

3) Pensez-vous que cette loi peut être utile pour le développement de la kinésiologie?

## 2. LA LOI 90 ET LA PHILOSOPHIE QUI LA SOUS-TEND

En novembre 1999, madame Linda Goupil, alors ministre responsable de l'application des lois professionnelles, retenait les objectifs suivants à l'égard de la mise à jour du système professionnel québécois :

- *un assouplissement et un allègement du cadre réglementaire ;*
- *une efficience accrue des mécanismes de protection du public prévus par le code des professions ;*
- *une plus grande ouverture des milieux professionnels à la coexistence de plusieurs disciplines (multidisciplinarité) et la mise en commun de leurs compétences respectives (interdisciplinarité).<sup>9</sup>*

En 2003, il nous apparaît que la Loi 90, issue des conclusions de ce groupe de travail, ne correspond pas tout à fait à l'esprit des objectifs initialement véhiculés par la ministre en novembre 1999. En effet, un ordre professionnel doit régir l'ensemble de la pratique professionnelle, et ce, nonobstant les catégories ou les types d'employeurs, les milieux de pratique ou le contexte socio-économique. Lorsqu'il est question de la santé du public québécois, il faut rappeler que le Réseau de la Santé et des Services sociaux ne constitue pas le seul employeur, et en ce sens, il serait faux de prétendre qu'il possède l'exclusivité sur l'embauche des professionnels et professionnelles de la santé oeuvrant au Québec.

En effet, on trouve par exemple, des infirmiers et des infirmières dans les écoles, des physiothérapeutes dans des centres sportifs, au même titre que l'on trouve des professionnels et professionnelles de l'activité physique dans des centres hospitaliers, les CLSC et des centres de réadaptation. Certaines dispositions de la Loi 90 viendraient ni plus ni moins restreindre et diminuer considérablement l'autonomie professionnelle de nos membres, quels que soient leurs lieux de pratique, le cas échéant.

*Art : 36.1° l'ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec :*

- a) évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.*

*Art : 37.1.3° l'ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec :*

- a) évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique.*
- b) procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application de la loi.*

*Art : 37.1.4° l'ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec :*

- a) procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application de la loi.*
- b) évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique.<sup>10</sup>*

Cette notion d'évaluation de la condition physique est reconnue à l'échelle internationale et a même servi pour l'appellation d'organismes officiels canadiens : *Santé Canada* et l'*Association canadienne des sciences du sport* (ACSP). Ces mêmes organismes utilisent eux aussi les notions d'incapacités proposées par le modèle *Processus de production du handicap* (PPH).

Pour les milieux scientifiques et gouvernementaux, la condition physique des individus réfère à la forme physique. De plus, dans le cadre de la pratique quotidienne professionnelle, les personnes symptomatiques représentent une quantité non négligeable de la clientèle des membres que nous représentons. Dans le libellé actuel de cet article, nous croyons que l'utilisation de l'expression « évaluation de la condition physique » porte à confusion. De manière à éviter toute ambiguïté, nous proposons que l'expression « évaluation de l'état physique et mental » soit utilisée.

Si l'OPQ devait maintenir le libellé tel qu'inscrit, le risque est grand que les membres de notre profession se voient empêcher d'effectuer toutes formes d'évaluation dans tous les champs d'exercice, incluant le milieu scolaire. Ce faisant, ils se verraient dépossédés d'un droit que leur formation universitaire leur a apporté, formation reconnue par les instances gouvernementales concernées.

### **Exemple d'interventions non visées par la réserve d'activité**

Les éducateurs physiques et les kinésiologues contribuent au maintien ou à l'amélioration de la santé des individus par le biais d'interventions dans le domaine de l'activité physique. Évidemment, lorsqu'il s'agit d'individus qui ne présentent aucune déficience ou incapacité de leur fonction physique, toute activité d'évaluation de leur fonction neuromusculosquelettique n'est pas réservée par la loi et n'entre donc pas en conflit avec celles des professionnels régis par le Code des professions.

Par ailleurs, même lorsqu'il s'agit d'individus présentant une déficience ou une incapacité de leur fonction physique, l'intervention de l'éducateur physique ou du kinésiologue n'est pas une intervention ayant pour but d'identifier la déficience ou l'incapacité afin de la traiter médicalement ou de façon assimilée par un professionnel de la santé. Cette intervention a plutôt pour but d'entreprendre un processus évolutif et révisable d'activités physiques, tenant compte d'une déficience ou d'une incapacité préalablement identifiée (par un professionnel habilité à poser un diagnostic ou à procéder à une évaluation) ou soupçonnée. Il ne s'agira pas alors pour l'éducateur physique ou le kinésiologue de traiter cette incapacité ou cette déficience au sens du droit professionnel mais de suggérer un programme d'exercices physiques adapté à la situation particulière de l'individu et destiné à améliorer sa condition physique.

<sup>6</sup> Pierre-André CÔTÉ, *Interprétation des lois*, 3e édition, 1999, Les Éditions Thémis Inc., p. 330.

<sup>7</sup> Le Petit Robert 1, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, 1987.

## ANNEXE 5 - Guide de l'entrevue dirigée

### *Définition de la pratique*

1. Comment définiriez-vous la pratique professionnelle du kinésiologue? (définition du champ de pratique, de la discipline en tant que telle).
2. Parmi vos tâches, laquelle (lesquelles) valoriseriez-vous le plus?
3. Dans quel domaine voyez-vous le plus de pertinence par rapport à votre intervention? (ex. : santé, prévention, paramédical, entraînement sportif, etc.)

### *Intérêts pour la pratique du kinésiologue*

1. Qu'est-ce qui vous a poussé à étudier/devenir kinésiologue?
2. Quelle perception avez-vous actuellement sur la profession de kinésiologue?
3. Quelle confiance avez-vous en la discipline de la kinésiologie?

### *Identité professionnelle des kinésiologues*

1. Selon vous, qu'est-ce qui caractérise un kinésiologue compétent?
2. Selon vous, qu'est-ce qui caractérise un kinésiologue incompetent?
3. Est-il possible que certains éléments de votre pratique vous différencient d'un autre kinésiologue?
4. Comment décririez-vous le contexte dans lequel vous travaillez?
5. Comment décririez-vous les rapports sociaux que vous entretenez avec les autres kinésiologues?
6. Qu'est-ce qui différencie le kinésiologue des autres professionnels du domaine de la santé?
7. Croyez-vous que le kinésiologue ait un champ de pratique spécifique à lui seul?
8. Croyez-vous que le kinésiologue peut intégrer sa pratique professionnelle dans un ou plusieurs autres domaine(s)? (Veuillez les nommer et identifier par quels moyens).

9. Comment décririez-vous les rapports que vous avez ou qu'un kinésologue devrait avoir avec les professionnels de la santé et des domaines connexes?
  - a. Sous question : Y a-t-il un rapport d'hierarchie? (acteurs principaux)
10. Croyez-vous possible ou qu'il existe déjà une reconnaissance des autres professionnels de la santé envers le kinésologue? (Si non, que faut-il pour atteindre cette dernière?)
11. Comment définissez-vous alors vos connaissances par rapport à celles des autres professionnels de la santé?
12. Croyez-vous que la population soit en mesure de faire la différence entre un bon et un «mauvais» kinésologue?
13. Comment décririez-vous la perception publique et les rapports entretenus entre la discipline de la kinésiologie et la société québécoise?

### ***Éthique du professionnel***

1. Connaissez-vous le code de déontologie et/ou d'éthique professionnelle des kinésologues?
2. Quelle importance accordez-vous à ce ou ces codes dans votre pratique professionnelle?
3. Sur quels critères devrait-on, selon vous, se baser pour juger de la qualité des services offerts par les kinésologues?
4. Que pensez-vous de l'existence d'un comité de surveillance (discipline et traitement des plaintes) pour la profession de la kinésiologie?
5. Existe-t-il, selon vous, des charlatans pratiquant votre profession de kinésologue? (Si oui, qu'en pensez-vous?)
6. Par quels moyens serait-il possible d'enrayer ce charlatanisme?
7. Selon vous, la population québécoise aurait-elle tendance à requérir aux services d'un « vrai » kinésologue ou elle n'accorderait aucune importance à cette différence?
8. Décrivez-moi ce que l'expression « services essentiels » signifie pour vous?
9. Considérez-vous que la pratique des kinésologues fasse partie des services essentiels envers la population?



10. Êtes-vous membres de la Fédération des Kinésiologues du Québec? Si oui, depuis combien de temps?
11. Pour quelles raisons faites-vous (ou ne faites-vous pas) parti de la Fédération des Kinésiologues du Québec?
12. Êtes-vous en faveur de la création d'un ordre professionnel des kinésiologues?
13. De façon générale, pouvez-vous dire que votre formation en kinésiologie vous a bien préparé(e) à remplir votre(vos) tâche(s) actuelle(s)?

## ANNEXE 6 – Caractéristiques socio-démographiques des participants

Le questionnaire socio-démographique comprenait des questions reliées aux caractéristiques professionnelles des participants (situation de travail actuelle et cadre institutionnel de l'emploi) ainsi qu'à leurs caractéristiques personnelles (âge, année de complétion du baccalauréat (année en cours pour les étudiants), université fréquentée). Voici donc les résultats de ce questionnaire en tenant compte du classement suivant : les participants A à E sont des diplômés et F à I sont des étudiants actuels au baccalauréat en kinésiologie.

Participants	Situation de travail	Cadre institutionnel	Âge	Année de complétion ou année d'étude en cours	Université fréquentée
<b>A</b>	Temps plein, temporaire, relié à la kinésiologie	Institut privé	23	Avril 2003	Université Mc Gill
<b>B</b>	Temps partiel, temporaire, relié à la kinésiologie	Institut académique	23	Avril 2002	Université de Montréal
<b>C</b>	Temps plein, temporaire, relié à la kinésiologie	Institut académique	25	Avril 2002	Université de Montréal
<b>D</b>	Temps plein, permanent, relié à la kinésiologie	Organisme sans but lucratif (OSBL)	24	Avril 2002	Université de Montréal
<b>E</b>	Temps partiel, temporaire, relié à la kinésiologie	Institut privé	25	Avril 2002	Université de Montréal
<b>F</b>	Temps partiel, temporaire, relié à la kinésiologie	Institut privé	25	3e année, fin prévue pour avril 2004	UQAM
<b>G</b>	Temps partiel, temporaire, relié à la kinésiologie	Institut privé	23	3e année, fin prévue pour décembre 2004	Université de Montréal
<b>H</b>	Temps partiel, temporaire, relié à la kinésiologie	Institut académique	21	2e année, fin prévue pour décembre 2005	Université de Sherbrooke
<b>I</b>	Temps partiel, permanent, relié à la kinésiologie	Institut privé	21	2e année, fin prévue pour août 2005	Université de Montréal

## ANNEXE 7 – Certificat d'éthique du CÉRSS

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA  
SANTÉ (CERSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

**Titre du projet :** Les représentations sociales qu se font les kinésiologues quant à leur pratique professionnelle

**Sous la direction de :** Marie-France Daniel

**Financé par :**

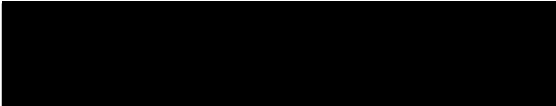

---

À la réunion du 19 avril 2004 6 membres du CERSS et une observatrice étaient présents. Ce sont : le président intérimaire du comité et expert en éthique, la représentante de la Faculté de pharmacie, , le représentant de l'École d'optométrie, la représentante du Département de kinésiologie, l'experte en droit, le représentant du public et une observatrice experte en éthique.

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

---

Ce certificat est émis pour la période du :.Octobre 2004 à octobre 2005

  
Claude Beaulé, O.D., M.Sc.  
Président CERSS École d'optométrie  
(514) 343-7962 

Le 14 octobre 2004



Debut des liasses